

Contribution à l'Etude
de l'Occlusion Intestinale
au cours de la
Période Gravido-Puerpérale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 30 Mars 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

M. FOUCAULT Louis-Pierre

Né à Brabant-le-Roi (Meuse), le 16 janvier 1912

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy

Lauréat de la Faculté - Diplômé d'Hygiène

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRUHINSHOLZ, professeur	Président
DE LAVERGNE, professeur	Juges
BINET, professeur	
VERMELIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE GUSTAVE-SIMON

1939

Contribution à l'Etude
de l'Occlusion Intestinale
au cours de la
Période Gravido-Puerpérale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 30 Mars 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

M. FOUCAULT Louis-Pierre

Né à Brabant-le-Roi (Meuse), le 16 janvier 1912

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy

Lauréat de la Faculté - Diplômé d'Hygiène

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM. FRUHHOLZ, professeur	<i>Président</i>	
	DE LAVERGNE, professeur	}	
	BINET, professeur		<i>Juges</i>
	VERMELIN, agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 13, RUE GUSTAVE-SIMON

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I Q; WEISS, O *, I Q;

BOUIN, O *, I Q; ANCEL, *, I Q; GARNIER, *, I Q;

DUFOUR, *, I Q; HOCHÉ, O *, I Q; FROELICH, *, I Q;

LAMBERT, *, I Q; JACQUES, *, I Q; ANDRÉ, O *, I Q.

Professeurs

Clinique des mal. syph. et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, C *, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchement.....	M. A. FRUHNSHOLZ, O *, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, O *, I Q.
Anatomie descriptive.....	M. L. LUCIEN, O *, I Q.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I Q.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, *, I Q.
Clinique-médicale.....	M. M. PERRIN, *, I Q.
Hygiène et médecine sociales.....	M. J. PARISOT, C *, C. S. P., I Q.
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, *, I Q.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, *, I Q.
Physiologie	M. SANTENOISE, *, I Q, A Q.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, *, I Q.
Bactériologie et parasitologie méd.....	M. DE LAVERGNE, O *, I Q.
Pathologie générale et méd. expér.....	M. SIMONIN, I Q.
Clinique gynécologique	M. BINET, *, I Q.
Pathologie chirurgicale.....	M. BARTHÉLEMY, *, I Q.
Anatomie pathologique.....	M. WATRIN, *, I Q.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, *, I Q.
Médecine légale	M. MUTEL, *, I Q.
Thérapeutique	M. DROUET, I Q.
Professeurs sans chaire.....	M. L. JOB *, I Q.
	M. G. LAMY, *, I Q.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. P. SIMONIN, I Q, prof.
Thérapeutique chirurg. et tech. opér.....	M. ABEL, *, I Q, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. GUILLEMIN, *, I Q, C. S. P., agrégé.
Clinique des vieillards.....	M. DE LAVERGNE, O *, I Q, prof.
Médecine opératoire.....	M. DROUET, I Q, professeur.
Electrothérapie et radiologie.....	M. BARTHÉLEMY, *, I Q, professeur.
Accouchements (cours théorique).....	M. LAMY, *, I Q, C. S. P. sans chaire.
Obstétrique	M. JOB, *, I Q, professeur sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurg.....	M. VERMELIN, *, I Q, agrégé.
Clinique et propédeut. chir. infantile.....	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. BODART, A Q, agrégé.
Pathologie interne	M. KISSEL, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, *, I Q, agrégé.
Education physique (1).....	M. HAMEL, *, docteur.
Clinique neurologique (1).....	M. L. MERKLEN, *, I Q, professeur.
Clinique O.-R.-L.....	M. MICHON, Q, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, Q, docteur.
	M. DOMBRAY, Q, docteur

Agrégés en exercice :

MM. FLORENTIN, A Q.	MM. WOLFF, A Q.	MM. GUILLEMIN, *, I Q, C.S.P
BODART, A Q.	MELNOTTE, O *.	ABEL, *, I Q.
CHALNOT.	VERMELIN, *, I Q.	KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I Q; S. RÉMY, I Q; BUSQUET, I Q;
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour leur dévouement à mon égard.

A MA FILLE.

A MA FEMME.

A MON FRÈRE.

Au Docteur et Madame P. WAGNER.

A Madame et à Monsieur J. ARNOULD.

MEIS ET AMICIS.

A mon Président de Thèse,

M. le Professeur FRUHINSHOLZ,
Professeur de Clinique Obstétricale,
à la Faculté de Médecine de Nancy,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A mes Juges,

M. le Professeur DE LAVERGNE,
Professeur de Bactériologie et de Parasitologie
médicale,
Chargé de Cours de la Clinique des Maladies
contagieuses,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.

M. le Professeur BINET,
Professeur de Clinique gynécologique,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

M. le Professeur Agrégé VERMELIN,
Professeur agrégé d'Obstétrique
à la Faculté de Médecine de Nancy,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.

*A mes Maîtres d'Externat de la Faculté
et dans les hôpitaux.*

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la Société.

Contribution à l'Etude
de l'Occlusion Intestinale
au cours de la
Période Gravido-Puerperale



Table des Matières

- I. — Historique.
- II. — Observations.
- III. — Etiologie:
 - Fréquence;
 - Age de la femme;
 - Parité.
 - Age de la grossesse;
- IV. — Considérations anatomiques et physiologiques: Le terrain gravido-perpéral.
- V. — Causes et mécanismes de l'occlusion.
- VI. — Symptomatologie.
- VII. — Diagnostic:
 - Pendant la grossesse;
 - Au cours du travail;
 - Après l'accouchement.
- VIII. — Pronostic:
 - Maternel;
 - Fœtal.
- IX. — Traitement:
 - Médical;
 - Chirurgical;
 - Obstétrical.
- X. — Conclusions.
- XI. — Bibliographie.

ports nombreux, aussi bien en France qu'à l'étranger, attirent l'attention sur cet accident qui apparaît moins exceptionnel qu'on ne le pensait.

Okinczyc (*Bull. et M. de la Sté de Chirurgie*, 22 fév. 1922) signale un mécanisme particulier d'occlusion par la coudure du sigmoïde au niveau du ligament infundibulo-mésocolique gauche, que Vautrin, la même année, étudie en détail dans la *Gynécologie* (avril 1922, p. 193).

Renan, dans sa thèse (Paris, 1922) fait allusion à cette catégorie d'occlusion qui fait l'objet d'une étude approfondie dans celle de Tarte (Nancy, 1922).

Moins de 12 ans après le relevé de Ludwig. Mickulicz-Radecki, en 1925, ajoutait 81 cas nouveaux aux 92 observations qu'il comportait.

Bohler, reprenant cet important travail d'ensemble, lui adjoint deux observations personnelles, l'année d'après.

En France, l'étude de l'occlusion est reprise en détail par Berger (Thèse Montpellier, 1930), qui traite l'ileus paralytique du post-partum; par Lambert, qui réunit 61 cas de volvulus au cours de la grossesse, mais ne retient que 29 cas où la torsion affecte le colon sigmoïde (Thèse Paris, 1931) et par Maroger qui, en 1933, leur ajoute deux observations nouvelles.

La question est reprise dans son ensemble et magistralement développée par Vignes, dans le tome I des maladies des femmes enceintes (Masson, 1935).

Mais c'est surtout en Allemagne que les publications sont les plus nombreuses.

En 1928-29-30, Sennewald-Stoeckel, Seitz, Szametz, Lucks, Michaelis et beaucoup d'autres attirent l'attention sur la coexistence de la pyélite gravidique et de l'occlusion et s'inquiètent des liens qui les unissent.

La littérature américaine est moins prodigue à cet égard. Les principales communications sont celles de Bischoff, de Charbonnet, de Casagrande, de Reiss (*Am. J. Obst. et Gyn.*) et d'Eliason (*Surgery St-Louis*).

Volvulus :

N° de L'OBSER- VATION		AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
I	1	27	IV	3 avortements Constipation.	7 ^e mois.	Volvulus d'un Mégacôlon pelvien à la suite d'un effort.
II	2	41	VI		Termé.	Volvulus de l'S iliaque 1 tour 1/2.
III	3	21	II		4 ^e mois.	Torsion de l'S à 180°, ayant entraîné ce de d'anses grêles.
IV	4	36	IV		8 ^e mois.	Torsion double de l'S iliaque.
V	5	39	V	Même malade.	7 ^e mois.	Torsion double de l'S iliaque.
VI	6	41	V	Constipation habituelle.	8 m. 1/2.	Torsion de l'anse sigmoïde, 1 tour.
VII	7			Douleurs abdominales considérées comme appendicite phlébite droite en cours.	7 m. 1/2.	Torsion de l'anse sigmoïde, 2 tours.
VIII	8	30		Constipation habituelle. Aérophagie. Crises abd. douloureuses vers le 5 ^e mois.	8 ^e mois.	Grossesse gemellaire hydramnios; torsion d'un Megacôlon descendant et sigmoïde, 3 tours.
IX	9	39	III	Pyrosis, douleurs abd. légères; nausées fréquentes depuis 10 ans.	9 ^e mois.	Volvulus du cœcum ayant entraîné la dernière anse grêle. Appendicite aigue.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Lavements - péristaltine-atropine, sans résultat - mort avant l'intervention après accouchement spontané.		Prématuré vivant.	T. IOFFÉ (Kharkow). — La Gynécologie, janvier 1938, p. 64.
Résection	Guérison.	Mort avant l'intervention.	GUIBÉ et LAMBERT. — Thèse Lambert, Paris 1931.
Détorsion simple.	Guérison	Avortement	WESTMANN. — Acta obstétrica et Gyn. scandinavi, 1928, t. VIII, p. 114.
Détorsion simple.	Guérison.	Accident prématuré d'un enfant mort.	MATRY. — Soc. de Chirurgie, 10 déc. 1910, t. LVI, n° 33, p. 1418.
Détorsion, résection.	Guérison.	Enfant à terme.	<i>Id.</i>
Césarienne, détorsion simple.	Guérison.	Enfant vivant.	LAENNEC. — Thèse Maroger, Paris 1933.
Détorsion simple en raison de l'état de la malade. Résection 6 mois plus tard.	Phlébite gauche le lendemain. Guérison.	Expulsion d'un enfant mort.	BLOCK et KAHN. — Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris 1933, t. XXII, p. 383.
Détorsion-ponction à l'aiguille du côlon, réintégration. Rétablissement du transit intestinal le lendemain.	Mort en état de choc 24 heures après l'intervention.	Mort.	HAMANT et VERMELIN. Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris 1937, t. XXVI, p. 745.
Intervention 5 jours après le début. Hystérectomie puis hystérectomie. Réduction du volvulus. Appendicectomie. Ponction du cœcum; Extériorisation.	Mort.	Enfant vivant.	VAYSSIÈRE-SALMON-RASTIT. — Bull. et M. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, n° 7, juillet 1936.

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME	
X	10	30	II	R. A. S.	5 ^e mois	Torsion du grêle.
XI	11		VII	2 avortements ty- phoïde à 3 ans.	A terme.	Volvulus d'un dolicho- côlon descendant (Diagn. clinique et radiologique) rès serré; 3 tours dans le sens des aiguilles d'une montre.

Brides :

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MECANISME	
XII	1	32	I	Salpingo-cophocéc- tomie et Doleris 4 ans auparavant.	Au cours du travail.	Anse grêle étranglée par bride, et nécrosée. Les brides ne sont abaissées au moment de la rupture de la poche des eaux et de la descente de la tête.
XIII	2	28	IV	Epaule négligée, en- fant mort début d'in- fection césarienne basse.	P. P. au 8 ^e jour.	Adhérences de la région îlen cœcale et du sigmoïde à la cicatrice utérine.
XIV	3		I	Appendicectomie à chaud 1 an aupara- vant; drainage.	5 ^e mois.	Enroulement 1 tour 1/2, de l'niestin grêle au- tour de l'épiploon ramassé en un cordon épais adhé- rent à la paroi au niveau de la cicatrice appendicu- laire.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Intervention avec le diagn. de décollement du placenta puis de péritonite. Détorsion simple en raison du mauvais état général.	Mort 10 jours après par péritonite.	Avortement.	VANVERTS et PALLIEZ. Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1936, t. XXV, p. 141.
Césarienne-Porro, détorsion, vidange par gros drain rectal. Occlusion aigue, récidivée après 6 jours. Anus gauche.	Mort. Sphacèle du pied de l'anse volvulée.	Enfant vivant.	LAMARRE, LARGET et COURTOIS. — Obs. inédite.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
	Mort.	Enfant vivant.	LIEBMANN. — Deutsche Méd. Woch, t. XVIII, n° 52, 23 déc. 1932.
Libération des adhérences.	Guérison.		PERY et MANGE. — Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris 1932, t. XXI, p. 353.
Section d'adhérences multiples et de brides épaisses au centre d'un gâteau d'anses agglutinées autour du cœcum.	Guérison.	La grossesse continue.	VERMELIN, ROTHAN, RICHON. — Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris 1937, t. XXVI, p. 743.

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
XV	4	20	I	Troubles gastro-in- testinaux depuis de longues années.	7 ^e mois. Adhérences en canon de fusil de 2 anses grêles avec étranglement de 2 mètres d'intestin.
XVI	5			Gastro enterosto- mie pour ulcus.	Pendant le travail.
XVII	6	42	IV	Appendirectomie à chaud 20 ans plus tôt, suivie pendant long- temps de douleurs. Grossesse extra : abla- tion des annexes droi- tes. Le mois précédent crise douloureuse abd. et omissem. bilieux pendant 5 heures.	7 ^e mois. 2 anses grêles étran- glées par une bride et sphacélées.
XVIII	7	27	I	Phénomènes légers de cystite 3 ans aupa- ravant.	8 ^e mois. Anses grêles aggluti- nées et recouvertes d'une membrane. Le bord droit de l'utérus comprime l'en- semble et complète l'obs- tacle. Traces d'imprégra- tion bacillaire.
XIX	8	31	I	Laparatomie : pour tumeur utérine 8 mois auparavant. Une crise abdominale doulou- reuse avant les gros- sesse et une autre 4 se- maines plus tôt.	9 ^e mois. La face postérieure de l'utérus est couverte par des anses grêles peloton- nées sous des brides nom- breuses et sphacélées.
XX	9	20	I	Inflammation an- nexielle en fin de gros- sesse.	6 semai- nes après l'accouch. Adhérences de l'ileon avec les annexes droites.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Section des adhérences.	Guérison.	Acc ^t prématuré	PACCI. — La clinica ostétrica, juin 1928.
Accouchement provoqué, lent par abaissement du pied le travail étant commencé.	Guérison.	Mort.	BROUHA. — Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., nov. 1936.
Résection.	Guérison.	Acc prématuré Enfant mort.	VALLETTE et DE VERNEJOL. — Le Sud. Méd. et Chir., 15 mars 1934.
Section des adhérences. Accouchement provoqué. Forceps.	Mort.	Enfant vivant.	VERMELIN, CHALNOT, LOUYOT. — Réunion Obst. et Gyn., Nancy, 20 mai 1936.
Césarienne, section des adhérences, hystérectomie supracervicale. Résection de 205 cm. d'anses. Anastomose latéro-latérale.	Guérison.	Enfant vivant.	REISS. — Ann. S. Obst. Gyn., décembre 1937, t. XXXIV, p. 1.038.
Section des adhérences.	Guérison.		LIEBMANN, Deutsche Méd. Woch., t. XVIII, n° 52, 23 décembre 1932.

N° de L'OBSER- VATION		AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
XXI	10	32		Pylonéphrite ai- gue, dès le 5 ^e mois.	8 m. 1/2.	Bride ileo-cœcale.
XXII	11	22	III	Intervention pour grossesse extra 2 ans plus tôt. Insufflation tubaire pour stérilité l'année suivante et avortements peu après Au 4 ^e mois de cette grossesse, crises abd. douloureuses; nausées	4 m. 1/2.	Adhérence de l'ileon avec l'utérus au niveau de la cicatrice de la trompe droite.
XXIII	12		II		7 ^e mois.	Adhérence de 30 cm. de grêle à l'appendice
XXIV	13	29	I		24 heures après l'ac- couchem.	Coudure de l'angle splénique du côlon par abaissement du côlon transverse par des brides colo-iliaques droites et colo-cœcales.
XXV	14	36	VI	Constipation opi- niâtre au cours de la grossesse, 6 jours avant l'accouchem. Arrêt des mat. et des gaz douloureux, qui cè- dent à l'huile de ricin.	2 jours après l'ac- couchem	Angle colique gauche tiré en haut et sténosé par le ligament phrénocolique d'allure cicatricielle, tor- sion du transverse de droi- te à gauche.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Accouchement prématuré provoqué, suivi de laparatomie; section de la bride. Appendicectomie.	Mort par septiémie. Colibacillaire. 50 heures après l'intervention.	Enfant vivant.	LARGET et COURTOIS. — Observ. publiée le 1 ^e mai 1932 à la Soc. Méd. Chir. de la région de Saint-Germain-en-Laye.
Section. Dilatation aigue de l'estomac 3 jours après l'intervention.	Guérison.	Accouchement à terme.	P. CHARBONNET. — Ann. J. Obst. Gyn., t. XXIX, 1935, p. 591.
Libération des adhérences. Appendicectomie.	Guérison.	Accouchement à terme.	SZEMETZ. — Munch. Méd. Weschr., 1926, p. 2.128.
Section des brides. Abaissement de l'angle colique par décollement du fascia.	Guérison.	Enfant vivant.	DIGONNET et VERNES. Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris 1936, t. XXV, p. 644.
Section de la bride, fistule cœcale.	Guérison.	Enfant vivant.	E. FRONTICELLI. — La Clinica Ostétrica, avril 1934, t. XII, p. 239.

Etranglement herniaire :

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
XXVI	1 21	I	R. A. S.	7 ^e mois	Etranglement du grêle dans un orifice congénital du méso-sigmoïde.
XXVII	2 29	II	Laparatomie pour appendicite chronique et rétroversion. Ablation d'un ovaire Absès ischio-rectal après l'intervention.		Etranglement et sphacèle de 6 pouces de grêle dans un orifice du ligament large, sous le ligament rond.

Ileus vrai de la gestation :

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
XXVIII	1	III	1 avortement. - Nausées et vomissements dans les 3 derniers mois.	Au cours du travail.	Compression du côlon sigmoïde, par la tête fœtale.
XXIX	2 27	I	Rétrécissement général du bassin.		Compression de l'anse sigmoïde à son croisement avec la ligne innommée. hydramnios.
XXX	3	V		Au début du travail.	Compression du sigmoïde par l'utérus à son entrée dans le petit bassin
XXXI	4	mult.		P. P.	Ileus vrai (?) Le lendemain d'un accident normal.
XXXII	5	mult.	R. A. S. Accouchement gémellaire, délivrance artificielle.	P. P.	Ileus le lendemain.
XXXIII	6 33	II	Au 7 ^e mois de la grossesse, crise douloureuse, traitée comme colique néphrétique.	7 m. 1/2.	Il y aurait eu coudure du côlon de type infantile (radio) à l'union du côlon descendant et du côlon pelvien au point où de fixe, il devient mobile Ligament infundibulo pelvien?

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Ponction des anses, réduction.	Guérison.	Acc ^t prématuré le lendemain.	BISCHOFF. — Ann. J. Obst. Gyn., t. XXXIII, avril 1937, p. 675.
Réséction.	Guérison.	Acc ^t 36 heures après l'intervention. Enfant vivant.	J. LASAGRADE. — Ann. J. Obst. Gyn., t. XXXV, 1936, p. 1.058.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Césarienne basse (membranes rompues depuis plusieurs jours).	Guérison.	Enfant vivant.	LAZARD. — Ann. J. Obst. Gyn., septembre 1933, t. XXVI.
Césarienne.	Guérison.		W JOROSCHKA, MEDIZ, KLINICK. — T. XXVIII, n° 35, 31 août 1932.
Césarienne.	Guérison.	Enfant vivant.	BOLHER. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris 1930, t. XIX, p. 686.
Pas d'obstacle. Fistule cœcale.	Guérison.	Enfant vivant.	KELLER. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris 1925, t. XIII, p. 474.
Fistule stercocale simple en raison de mauvais état général.	Guérison.	Enfant vivant.	KELLER et BOHLER. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris 1933, t. XXII, p. 699.
Accélération du travail.	Guérison.	Enfant vivant.	DAVEO et COSTE. — Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris 1934, t. XXIV, p. 242.

Ileus paralytiques :

N° de L'OBSER- VATION		AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MECANISME
XXXIV	1	25		Au cours de l'accouchement. intervention mal précisée.	Au 5 ^e jour du P. P.	Fièvre 38. Péritonisme léger.
XXXV	2	23	I	Dilatation artificielle, forceps.	Au 4 ^e jour du P. P.	40°
XXXVI	3	33	III	R. A. S.	Lendemain de l'accouch.	Pas de signes d'infection.
XXXVII	4	25		Accouchem. spontané, négresse.	4 ^e jour du P. P.	Elévation de la temp.
XXXVIII	5	44		Accouchem. spontané rapide, négresse.	Jours suivants.	
XXXIX	6				Au 9 ^e jour du P. P.	Infection péritonéale légère.
XL	7	33	II	Vomissem. - abondants au début de la grossesse.		Manifestation de toxicoles gravidiques.
XLI	8	25	I	R. A. S.	7 ^e mois.	Atonie du côlon pelvien qui persiste encore 1 m. 1/2 après. pas d'obstacle, pas de bride;

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Glace, sonde.	Guérison.		BERGER.—Thèse, Montpellier, 1939-1930.
Glace, sonde pituitrine.	Guérison.		DE GUCHTNEERE. — Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1 ^e déc. 1929.
Lavement au 3 ^e jour.	Guérison.		KELLER. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris 1925, t. XIII, p. 474.
Pituitrine sans succès. Rachianesthésie. Récidive 13 jours après. Guérison spontanée.	Guérison.		STUDDIFORT. — Surg. Gyn. and Obst., t. XLVII 1928, p. 863.
Pituitrine : échec, rachianesthésie, récurrence 2 jours après, qui cède aux lavements.	Guérison.		<i>Id.</i>
Glace, sonde, lavement.	Guérison.		MADON et GUIBAL. — Gyn. et Obst., t. XXIII, p. 559.
Interruption de la gestation.	Guérison.	Mort.	A. PERALTA RAMOS — Rivista de Gyn. et Obst., t. XXVI, 1932, p. 99.
Anus sur le colon descendant sous l'angle splénique.	Broncho-parotidite. Guérison.	Acc ^t prématuré, enfant qui meurt peu après.	TOURNEUX et LASSERRE. Revue Frsè d'Obst. et Gyn. 1936, t. XXXI, p. 51.

Ileus et pyelonephrite :

N° de L'OBSER- VATION		AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MECANISME
XLII	1	22	II	Bartholinite en 1925 pyélite guérie en 1927, interruption au 7 ^e mois pour anémie gravidique, douleurs lombaires au cours de cette grossesse.	Aux envi- rons du ter- me.	Coli dans les urines ano- rexie, constipation, puis occlusion, temp. à 39°.
XLIII	2	35	IV	Phénomènes de cysti- tite au 3 ^e mois, fris- sons la semaine pré- cédente et douleurs lombaires.	6 ^e mois	Coli dans les urines, temp. à 38°.
XLIV	3	36	I	Myomes utérins, vo- misse., étourdisse- ments, céphalées, ver- tiges, urines troubles au cours de la gros- sesse.	A terme.	Coli dans les urines, douleurs lombaires, pyé- rite guérie par le traite- ment médical; 2 jours après occlusion; collap- sus attribuée à rupture utérine.
XLV	4	30		Pyélite et cystite en 1922. Avort. en 1925. En 1928, au 1 ^e mois de la grossesse, coli bacillurie-cystite. Pas de constipation dou- leurs brusques.	6 ^e mois.	Compression de l'ure- tère distension brusque de l'abdomen. Occlusion, signes péritonéaux.
XLVI	5		I	Pyélite depuis 14 jours. Guérison. Chute d'une échelle 8 jours avant l'occlusion.	8 ^e mois.	Pas d'obstacle mécani- que, abcès du paramètre droit qui est ouvert au cours de l'intervention. Myome ou hématome con- sécutif à la chute infecté?

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Pituitrine, sonde rectale; succès relatif. Césarienne, utérus très atone; hypophyse, massage.	Guérison.	Enfant vivant.	KLEIN. — Zbl. Gynak., 1929, p. 2.531.
Lavage de vessie. Lavement.	Guérison.		MICKULIEZ, RADECKI. Munch. Méd. Weschr., 1925, p. 1.352.
Hystérectomie.		Enfant mort quelques jours de la méningite à coli.	<i>Id.</i>
Hypophyse et lavement sans résultats. Accouchement provoqué; extraction après perforation; hémorragie intense avant et après délivrance.	Guérison.	Mort.	HILGENBERG. — Zbl. f. Gynak, 1929, p. 2.459.
Césarienne, hystérectomie en raison de l'ouverture de l'abcès.	Mort par embolie.	Enfant vivant.	SENNEWALD. — Zbl. f. Gynak, 1928, p. 2.364.

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MECANISME	
XLVII	6	31	IV	Constipation.	Terme non indiqué	Pyélonéphrite grave, temp. 40°, ileus.
XLVIII	7	même 3 ans tard.	mala- de mort	Pas de troubles dans l'intervalle; pyé- lite au cours de la 2 ^e moitié de la grossesse.	Aux en- vrons du terme.	Position de Schrintzler, débâcle. Césarienne pour éviter la rupture utérine.
XLIX	8		mult.	Au 3 ^e mois, signes douloureux rapportés à salpingite.	6 ^e mois.	Temp. à 40°, coli dans les urines, ni obstacle, ni bride.
L	9	31		Constipation et pyé- lite de la grossesse.	8 ^e mois.	Pas d'obstacle.
LI	10	27	I	Oedème des mem- bres inférieurs dans les 4 dernières semaines. Constipation.	Aux en- vrons du terme.	Temp. à 38°5, subictère. Albuminurie, péritoine normal, pas d'adhérences, ni d'obstacle, atonie du colon intense.

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Césarienne. Grosse hémorragie consécutive. Guérison des troubles pyélotiques.	Guérison.		SENNEWALD. — Zbl. f. Gynak, 1929, p. 2.535.
	Guérison.	Enfant vivant.	
Césarienne vaginale.	Guérison.	Mort.	LAFFONT et CALLYA. — Bull. S. de Gyn. et d'Obst, Paris, 1932, t. XXI, p. 531.
Césarienne.	Guérison.	Enfant vivant.	HALTER, WIEN, KLIN, WESCHER, 1931, p. 762.
Laparatomie-césarienne 18 jours après l'intervention, phénomène aigu de pyélite. Phlébite gauche.	Guérison.	Mort.	MICHAELIS. — Zbl. f. Gyn., t. LVII, n° 18, 6 mai 1933.

Ileus et tumeurs :

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
LII	1	31		3 ^e mois.	Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx, droit.
LIII	2	34	I Kyste de l'ovaire gauche, douleurs depuis 2 mois dans la fosse iliaque gauche.	4 ^e mois.	Torsion du kyste à la suite d'un effort. Le sigma est attiré vers le pédicule de la tumeur et coudé.
LIV	3	38	IV Douleurs abd. fréquentes, intestin délicat.	6 ^e mois	Hydramnios.
LV	4	28	II R. A. S.	4 m. 1/2.	Grossesse extra.
LVI	5	36	I R. A. S.	5 ^e mois.	Compression du sigmoïde par salpingite chronique formant une tumeur dure.
LVII	6	33	I Antécédents présumés hépatiques.	7 ^e mois	Syphilome de l'angle hépatique du colon.
LVIII	7	36	I R. A. S.	4 ^e mois.	Compression du sigmoïde dans le Douglas par un énorme fibrome calcifié.
LIX	8	36	I	7 ^e mois.	Noyau fibromateux en voie de torsion provoquant une vive réaction péritonéale et l'occlusion.

Ileus de causes inconnues :

N° de L'OBSER- VATION	AGE	PARITE	ANTECEDENTS	DATE D'APPARI- TION	MÉCANISME
LX	23	I	R. A. S. Douleurs abdom. vives depuis 4-5 jours.	4 ^e mois.	

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Détorsion.	Guérison.	Accouchement un peu prématuré.	JAROSCKA (K.). — Méd. Klinik, t. XXVIII, n° 35 31 août 1932.
Ablation de la tumeur et des annexes gauches.	Guérison.	Grossesse continue.	BOL ER. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1930, t. XIX, p. 6.
	Guérison.	Mort.	FAVREAU, KLEIN, BATEUR. — Soc. de Gyn. et Obst., Paris 1933, t. XXII, p. 593.
Résection.	Guérison.	Mort.	HORRENBERGER. — Soc. de Gyn. Obst., Paris 1928, t. XVII, p. 105.
Position de Schrintzler.	Guérison.	Accouchement à terme, enfant vivant.	ESTIENNY. — Bull. Soc. Gyn. et Obst., Paris 1936, p. 181.
Anus cœcal, traitem. spécifique.	Guérison.	Fœtus macéré.	<i>Id.</i>
Myomectomie de deux noyaux.	Mort. Syndrome péritonéal toxi-infectieux.		COURTOIS. — Journ. des Praticiens, 2 juillet 1938, p. 437.
Césarienne mutilatrice Mickulicz.	Guérison.	Mort quelques heures après.	D ^r LARGET et COURTOIS. Observation inédite

INTERVENTION	RÉSULTATS		BIBLIOGRAPHIE
	M	E	
Lavement sérum hypérsalé. Atropine sans succès; le lendemain, goutte à goutte de sérum; rétablissement du transit.	Guérison.	La grossesse continue.	Obs. 983 1933 de la Maternité de Nancy.

Occlusion intestinale en cours de grossesse

par MM. Vermelin, Chalnot et J. Louyot.

Mme J., primipare, âgée de 27 ans.

On ne relève dans son passé aucun antécédent, sinon des phénomènes légers de cystite, il y a 3 ans, et qui furent attribués à la présence de colibacilles. Il n'y eut en tout cas aucun trouble intestinal. Jamais d'ailleurs de constipation habituelle.

D. R. 10 au 17 mai 1935. La grossesse a évolué très normalement. A peine note-t-on quelques vomissements rares et une constipation légère dans les premiers mois.

Au début de janvier, soit au 8^e mois de la grossesse, la femme éprouve une impression de lassitude inaccoutumée; et brusquement, le 9 janvier, sans autre prodrome, surviennent des vomissements très abondants et très fréquents ne lui permettant aucune alimentation. Dans la journée, elle émet une selle constituée de matières très dures au prix de coliques extrêmement pénibles, qui ne lui procurent aucun soulagement. Vomissements et douleurs intestinales persistent toute la nuit et la journée du lendemain. Le 10 janvier, un médecin appelé interprète les douleurs comme des contractions utérines et annonce le début de travail. Les vomissements d'abord alimentaires sont devenus bilieux, puis rapidement fétides. Quelques gaz, mais aucune selle, sont émis dans la journée.

Le lendemain, l'état général s'altérant, les douleurs abdominales et très rythmées étant de plus en plus fréquentes, la femme est adressée à la Maternité où elle arrive vers 14 heures.

A l'entrée, le faciès est pâle, les traits tirés, exprimant la souffrance.

Température 37°6, pouls à 96.

H. U. 24. On perçoit quelques contractions utérines.

Tête engagée à la partie moyenne de l'excavation. Col entr'ouvert.

Ce qui frappe dès l'abord, c'est un énorme météorisme intestinal prédominant à la région épigastrique et à l'hypochondre droit et dissimulant, en partie, le fond utérin. Les vomissements se succèdent sans interruption; ils ont une teinte brunâtre et dégagent une odeur franchement fécaloïde.

Toutes les 3 ou 4 minutes environ, apparaissent des coliques violentes irradiant dans tout l'abdomen en même temps que l'on voit se dessiner sous la paroi une reptation d'anses intestinales qui semblent s'arrêter vers la fosse iliaque droite: à la fin de chaque colique, on perçoit un gargouillement.

On pratique une injection de morphine pour permettre quelques heures d'observation. Malgré tout, les contractions persistent à peine atténuées. Elles reprennent plus intenses vers 18 heures. Un lavement de sérum hypersalé ne ramène rien. Il n'y a plus de gaz depuis la veille au soir. On pratique un lavage d'estomac; mais au moment de l'introduction du tube, la malade rejette spontanément deux litres d'un liquide brun chocolat très fétide, fécaloïde, à la suite de quoi, les vomissements s'arrêtent et le météorisme diminue considérablement permettant d'observer plus nettement les mouvements péristaltiques qui se succèdent à intervalle régulier.

L'état d'occlusion intestinale aiguë est évident. Il reste impossible d'en déterminer la cause : étranglement interne, bride intestinale, invagination ? On peut redouter de laisser passer l'heure favorable en présence d'un obstacle siégeant sur le grêle.

D'autre part, il n'y a actuellement aucun phénomène péritonéal. Le pouls est revenu à 80, la température est à 37°6. L'état général est relativement bon. On décide donc d'intervenir.

A 22 h. 30, anesthésie générale au Schleich.

Laparotomie médiane et sous-ombilicale. On tombe sur

des anses grêles violacées et fortement dilatées recouvrant le fond utérin. L'épiploon est rétracté et réduit à une mince bande appendue au transverse. On remarque sur les anses la présense de quelques fausses membranes: un peu de liquide séreux dans la cavité péritonéale. Le péritoine viscéral est extrêmement friable, et s'éraille facilement au cours des manipulations.

En suivant méthodiquement les anses, on aboutit au niveau du flanc droit et la fosse iliaque droite à un paquet d'anses fortement agglutinées et recouvertes d'une membrane assez régulière et lisse rappelant plutôt une formation congénitale qu'une lésion inflammatoire récente: le bord droit de l'utérus vient comprimer l'ensemble et contribue à compléter l'obstacle. La libération des anses est très difficile en raison de la rétraction du mésentère, de la solidité des adhérences et de la gêne apportée par la présence de l'utérus. Après 30 cm. environ, on parvient au cœcum plaqué contre la fosse iliaque, mais les anses libérées restent rétractées et l'on craint d'avoir à pratiquer une anastomose; néanmoins on fait passer les liquides intestinaux dans le cœcum. L'appendice et les annexes droites sont normaux.

On ferme la paroi en un plan à la soie.

On songe alors à supprimer l'obstacle constitué par l'utérus gravide en provoquant le travail déjà amorcé. On met alors en place une sonde semi-rigide. La tête est à la partie moyenne, le col est entr'ouvert; on perçoit à côté de la tête une petite main.

La nuit est calme. L'état de la femme le lendemain matin est satisfaisant. Pouls bien frappé à 110. Le travail a franchement débuté. Contractions toutes les 5 minutes.

On pratique régulièrement des injections intraveineuses de sérum hypertonique.

La journée est bonne et se passe sans incident.

A 20 heures, la dilatation est complète. On extrait au

forceps un enfant de 1.830 grammes vivant. Aucun incident de délivrance.

A 24 heures, l'état de la femme s'altère brusquement. Le faciès est grippé, le pouls filant, dyspnée intense et la mort survient très rapidement à 3 h. 30.

L'examen anatomo-pathologique a montré le rétablissement du transit intestinal sans trace de péritonite. L'intestin était partout perméable. On trouvait de très nombreux ganglions dans le mésentère épaissi et rétréci vers sa racine; le cœcum était plaqué contre la fosse iliaque par une membrane épaisse et irrégulière. L'utérus et les annexes étaient normaux. Il existait des adhérences pleurales des deux côtés et surtout dans la région diaphragmatique droite; pas de lésions pulmonaires.

Occlusion intestinale au cours du 5^e mois de la grossesse Opération = Guérison

par MM. Vermelin, Rothan et Richon.

Cette femme a été réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Elle entre, au cours de l'année 1936, au service du Professeur Hamant pour appendicite aiguë. Opération d'urgence, drainage, et après quelques jours inquiétants, la situation s'améliore et la femme quitte le service au bout de trois semaines en bon état.

Cette femme se marie le 1^{er} février 1937, voit ses dernières règles du 5 au 10 avril.

La grossesse se développe normalement sans incident.

Le 4 octobre, à minuit, la femme est saisie brusquement de violentes douleurs abdominales avec vomissements ali-

mentaires. Un médecin appelé pense à un début d'avortement, fait une piqûre de morphine.

Revue le lendemain par son médecin et les douleurs abdominales persistant, la femme est dirigée sur la Maternité dans l'après-midi.

Le 4 octobre, à 18 heures, à l'entrée, on constate une grossesse de 5 mois, normale, avec fœtus vivant. Le col est fermé, la femme ne perd pas de sang. Le ventre est souple, point douloureux dans la région épigastrique, et au niveau de l'ancienne cicatrice appendiculaire. Les douleurs se calment, la femme a une selle normale dans la nuit et ne souffre plus.

Le 5 octobre, au matin, la femme est calme, reposée, le ventre est souple, non douloureux.

Dans l'après-midi, nouvelle crise douloureuse, qui dure 1 à 2 heures et qui s'amende dans la soirée. La femme a des gaz, va à la selle et urine normalement.

Dans la nuit du 5 au 6 octobre, vers trois heures du matin, nouvelle crise douloureuse beaucoup plus intense à tendance syncopale accompagnée de nausées et de vomissements.

Au matin, le ventre est ballonné, très douloureux, des contractions péristaltiques sont visibles sur la paroi. Vomissements continuels aqueux et bilieux, nez pincé, faciès angossé. On pose le diagnostic d'occlusion intestinale et on décide d'intervenir immédiatement.

A 11 heures, intervention. Opérateur : Docteur Rothan.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

On libère dans la région du cæcum de multiples adhérences et on sectionne plusieurs brides épaisses au centre d'un gâteau d'anses intestinales agglutinées tout autour du Cæcum.

L'intestin grêle est distendu à partir d'une zone située environ à 50 cm. du cæcum, mais garde une coloration rose normale.

On remarque que le grand épiploon est ramassé en un cordon épais qui adhère à la paroi au niveau de l'ancienne cicatrice appendiculaire et forme une véritable corde autour de laquelle est venu s'enrouler une fois et demi l'intestin grêle.

Détorsion du volvulus, les gaz passent de nouveau. Péritonisation à deux endroits sur une anse du grêle. Sérum chaud sur l'intestin. Fermeture de la paroi en deux plans.

On fait une piqûre de morphine immédiatement. Dans l'après-midi, contractions douloureuses que l'on craint être des contractions utérines.

Spasmalgine toutes les 2 heures.

On refait un centigramme de morphine dans la soirée.

Au cours de la nuit, agitation très grande qui cède au matin. Quelques gaz dans la matinée du 7 octobre et dans l'après-midi du 8 octobre.

L'état général va en s'améliorant et la femme quitte la Maternité au 15 jour, en très bon état.

**Volvulus d'un mégacolon
au 8^e mois de la grossesse
Intervention = Mort
par MM. Hamant et Vermelin.**

Mme M..., 30 ans, jumelle d'un frère, ne présente rien dans ses antécédents héréditaires qui soit digne d'intérêt. Toujours en bonne santé, elle a été réglée à 14 ans, sans douleur, mais chaque 21 jours : règles assez abondantes, non douloureuses.

Mariée en 1935, elle voit ses dernières règles du 20 au

25 février 1937. toutefois, le 12 avril, elle perd un peu de sang durant deux jours et c'est cela même qui la fait consulter.

L'examen général de cette femme grande, mince, à système pileux assez développé, démontre l'existence d'une augmentation notable du corps thyroïde. Elle a toujours été d'une constipation opiniâtre et considérée comme aéro-phagique, en raison d'une distension permanente de son intestin.

Le 17 avril, on porte le diagnostic de grossesse utérine de cinq semaines environ, bien en accord par conséquent avec les règles de février. La gestation évolue sans incident jusqu'au 4^e mois et l'intestin fonctionne relativement bien à l'aide de laxatifs légers. Vers cette époque, on constate que l'utérus est plus développé que normalement et l'on se demande, en raison des antécédents s'il ne s'agit pas d'une grossesse gémellaire.

Au début d'août, alors que cette jeune femme est en vacances en Alsace, elle est prise de douleurs abdominales qui, à ce moment, furent rattachées à une menace d'avortement, douleurs ayant cédé à la spasmalgine. En septembre, de passage à Paris, son médecin de famille la fait radiographier en raison de l'excès de volume de l'utérus et cette radiographie confirme l'hypothèse de grossesse gémellaire.

De retour à Nancy, au début d'octobre, on note l'existence d'un excès de liquide paraissant localisé à l'un des œufs. Le premier fœtus est en présentation du sommet amorcé, le second est en présentation longitudinale avec siège dans la fosse iliaque gauche. On recommande le repos le plus grand possible, une alimentation lacto-végétarienne. L'intestin se libère à peu près régulièrement soit par laxatifs légers, soit plus généralement par lavement chaque deux jours.

Le 6 novembre, vers 11 heures, un examen obstétrical est pratiqué, la hauteur utérine est de 33 cm. au-dessus du pubis; l'utérus assez large est fortement rejeté vers la droite;

à gauche, la masse intestinale est logée dans le flanc, mais il existe un météorisme localisé à la branche horizontale du côlon.

L'intestin a bien fonctionné le matin même. La situation respective des deux fœtus s'est sensiblement modifiée : le premier a commencé l'engagement de sa tête; quant au second, il a évolué, sa tête est en bas, au-dessus de la symphyse pubienne, directement en avant de son jumeau. Pas d'œdème, pas d'albumine.

Dans l'après-midi, vers 16 heures, après une promenade à pied en compagnie de son mari, cette jeune femme éprouve quelques douleurs abdominales irrégulières durant une heure environ.

Dans la soirée, au milieu de son repas, vers 20 heures, des douleurs abdominales violentes recommencent, espacées de 5 à 10 minutes. Appelé à ce moment, on est frappé de la violence des douleurs à localisation exclusivement sacro-lombaire gauche; il n'y a aucune contraction utérine; par contre on note que depuis le matin, le météorisme intestinal s'est accentué. Depuis midi, il n'y a eu ni selles, ni gaz. On songe donc à des phénomènes de sub-occlusion et l'on fait une injection de spasmalgine en même temps que l'on conseil le décubitus latéral et ventral.

Après un calme d'une heure environ, les douleurs reprennent avec une violence extrême et le transfert à la Maternité est décidé.

A l'examen d'entrée, on note mieux encore vers 21 h. 30, l'énorme météorisme de l'abdomen localisé à tout le côté gauche, jusque dans la région dorsale, l'utérus est repoussé vers la droite et se trouve bordé au-dessus et latéralement par l'intestin dilaté : les douleurs sont intenses et toujours avec la même localisation sacro-lombaire. On pense à la possibilité d'un syndrome abdominal aigu et l'on fait une injection d'adrénaline qui n'apporte aucun soulagement; le diagnostic s'oriente alors plus franchement vers celui d'occlusion intestinale et il est peu après confirmé par l'appar-

dition de mouvements péristaltiques visibles sous la paroi abdominale.

L'intervention est alors décidée aussitôt et réalisée à 22 heures 30. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, l'intestin fait hernie : en réalité, il s'agit d'un mégacôlon descendant et sigmoïde tordu trois fois sur lui-même, la torsion ayant comme point de départ le mésosigmoïde. Le côlon est énorme, gros comme un tuyau de poêle, il est rose, mais au niveau du méso, la circulation veineuse est interrompue et la coloration à ce niveau est foncée.

Après détorsion, on essaie sans succès de faire passer une sonde rectale jusque dans le sigmoïde; on pense alors à extérioriser une anse assez volumineuse pour réaliser secondairement une colectomie; toutefois, en raison de la proximité de l'accouchement et de la possibilité d'un déclenchement prématuré de celui-ci, on préfère réintégrer le tout après ponction à l'aiguille du côlon, de manière à en favoriser la réintégration.

On verse 40 cm. cubes de sérum anti-colibacillaire dans le péritoine et on ferme la paroi en trois plans : catguts, crins et agrafes.

Quelques heures après l'intervention, des gaz sont expulsés en assez grande quantité par l'intermédiaire de la sonde rectale; le 7 novembre, on fait une injection intra-veineuse de sérum salé à 20 p. 100, injection renouvelée à 16 heures. Dans l'après-midi, il y a une petite selle spontanée, malheureusement l'état de shock qui a suivi l'intervention s'accroît dans la soirée, le pouls est incomptable, et cette jeune femme meurt le 8 novembre, à 2 heures du matin, un peu plus de 24 heures après l'intervention.

Observ. 983 = 1933. Maternité A. Pinard

Mme R..., 23 ans, primipare au 4^e mois de la grossesse.

Aucun antécédent pathologique.

La femme entre à la Maternité parce qu'elle présente depuis trois ou quatre jours des douleurs abdominales vives. Il s'agit de douleurs diffuses sans aucune localisation précise dans l'abdomen apparaissant sous forme de coliques ou d'élancements violents. La femme les attribue à l'émotion ressentie à l'arrivée de son père qui ignore son état. En découvrant la femme, on est étonné de constater un ventre gonflé ne correspondant pas à l'âge de la grossesse. L'utérus est en effet en-dessous de la symphyse. Dans tout le reste de l'abdomen, la palpation donne une sensation de distension molle par des gaz; elle réveille la douleur partout. Il semble que par moment les anses intestinales se dessinent sous la peau. Le foie n'est pas perceptible. La percussion montre du météorisme dans tout l'abdomen.

Pas de douleur en arrière. Reins non perceptibles.

Interrogée, la femme déclare ne pas avoir été à la selle depuis quatre jours et ne pas avoir de gaz depuis au moins deux jours.

Au point de vue de l'état général, la femme est assez fatiguée et geint constamment. On note du subictère conjonctival très net; la langue est normalement colorée, légèrement sèche. Pas de dyspnée. Pas de température. Le pouls est particulièrement lent à 65. Urines rares et de teinte ictérique.

On met aussitôt la femme au repos. En présence de ce syndrome subocclusif d'origine indéterminée, on fait une thérapeutique symptomatique : lavement aqueux simple qui ne ramène rien, injection intraveineuse de sérum hy-

persalé à 20 p. 100 et un demi-milligramme d'atropine sous-cutané. La nuit est relativement calme, la malade arrive à sommeiller un peu.

Le lendemain, l'état local est stationnaire, le ventre est toujours ballonné mais beaucoup moins douloureux spontanément et à la pression. On ne perçoit à la palpation aucun obstacle, aucune zone plus douloureuse.

On applique l'appareil de Miramon à raison de 3 séances d'une demi-heure par jour et le soir on administre un goutte-à-goutte rectal de sérum hypersalé. Dans la journée, la femme déclare avoir eu des gaz. Il n'y a toujours pas eu de selles.

Dans la nuit, elle a une selle spontanée assez abondante de matières dures et non décolorées.

Le lendemain, bon état général. Le ventre a nettement diminué de volume; il n'est nulle part douloureux, seule subsiste une douleur provoquée dans la région vésiculaire.

La femme quitte la Maternité 4 jours plus tard. La grossesse continue.

Observ. n° LIX. Courtois=Larget-Jarry.

Inédite.

Mme L... I..., 36 ans, primipare au 7^e mois de la grossesse. Utérus multifibromateux.

Intervention d'urgence pour occlusion et réaction péritonéale vive au niveau d'un fibrome corporel en voie de torsion. Radiographie.

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Laparotomie;

césarienne mutilatrice. Fille vivante de 1.500 gr. morte deux heures après; il y avait 12 fibromes dont 3 du volume d'une mandarine.

Suites opératoires normales. Guérison.

Observ. n° XI. Lamare=Larget=Courtois.

Inédite.

Mme E..., quintipare, VII geste, au voisinage du terme; typhoïde à 3 ans. Dolicholon ancien.

Intervention pour Volvulus du côlon descendant diagnostiqué cliniquement et par la radio.

Anesthésie générale, Laparotomie médiane.

Césarienne corporéale (enfant vivant de 2 kg. 900) et hystérectomie à la Porro. Il existe un volvulus du côlon sigmoïde très serré..., 3 tours, dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion, vidange de l'intestin à l'aide d'un gros drain rectal. Fermeture de la paroi en 2 plans.

6 jours après; phénomènes d'occlusion aiguë. On pratique à gauche un anus contre nature. Mort par sphacèle du pied de l'anse volvulée.

Etiologie

FRÉQUENCE.

L'occlusion intestinale est une complication rare de la grossesse.

En 1899, Meyer groupait dans un premier travail d'ensemble, 19 cas d'iléus dont il en avait recueilli 2 sur 50.000 accouchements survenus à la Maternité de Copenhague.

En 1914, Ludwig en réunissait 92 cas.

Renan, sur un ensemble de 20 années à la clinique Baudelocque, représentant un total de 39.638 accouchements, en trouve 12 cas.

Sur 15.000 observations des Maternités Savetti et S. Spirito, Giovanni n'a jamais rencontré une occlusion « qui ne puisse être considérée comme une banale obstruction stercorale ».

En Amérique, Bemis l'a observée deux fois sur 15.000 grossesses. Lazard en relève deux cas sur 11.246 gravidités vues en 10 ans au Brooklyn Hospital de Los-Angeles.

Liebmann, en Allemagne, évalue sa fréquence, à 0,12 0/00.

Notre travail repose sur l'étude de 60 cas relevés dans la littérature médicale française et étrangère, depuis la statistique de Mickulicz-Radecki, c'est-à-dire

depuis 1926; quatre d'entre eux ont été observés à la Maternité A. Pinard, de Nancy, au cours des dix dernières années (1929-1938) sur un ensemble de 24.963 accouchements.

AGE DE LA FEMME.

L'âge de la femme ne semble pas avoir une importance bien considérable dans l'étiologie de l'occlusion.

Nous l'avons rencontrée chez de très jeunes parturientes, aussi bien que chez des femmes très avancées dans leur vie génitale.

La plus grande fréquence coïncide simplement avec la période de pleine activité génitale.

Cependant dans les observations de volvulus, la moyenne d'âge est sensiblement plus élevée que dans les autres cas. Mais c'est alors à la répétition des grossesses qu'incombent véritablement les responsabilités.

PARITÉ.

Nous avons compulsé en face de nos observations les différents travaux publiés à ce sujet.

Le facteur parité y est généralement étudié dans l'ensemble des cas. Or, il semble bien qu'il ne joue pas avec une importance égale dans toutes les occlusions.

Si dans l'ileus paralytique, dans l'occlusion par brides, par tumeur, dans l'ileus vrai de la gestation, son rôle n'est que très indirect et souvent nul, on rencon-

tre le volvulus presque exclusivement chez les multipares et souvent de grandes multipares.

Maroger, réunissant dans sa thèse 31 cas de volvulus du côlon pelvien, ne trouve qu'une seule primipare dans les 23 observations où la parité est indiquée.

Dans nos 12 observations de volvulus, la parité est indiquée 11 fois.

Nous relevons :

3 secondigestes.

1 III. —

2 IV. —

3 V. —

1 VI. —

1 VII. —

Le dessanglage physiologique de la paroi, qui peut aller jusqu'à l'éventration définitive, les ptoses qui souvent l'accompagnent, les perturbations répétées de la statique abdominale, la distension colique créée par la constipation, exagérée par les grossesses, sont autant de facteurs par lesquels la multiparité semble pouvoir agir.

Encore faut-il un terrain particulier. « La grossesse n'intervient que comme une cause occasionnelle chez les individus prédisposés... La ptose ne survit à la grossesse que si elle l'a précédée. La grossesse peut l'aggraver, non la faire naître. » (Okinczyc.)

AGE DE LA GESTATION.

Si les auteurs sont nombreux qui ont étudié la fréquence de l'occlusion intestinale par rapport à l'âge de la gravido-puerpéralité, leurs conclusions, sans être opposées, ne sont cependant pas identiques.

Gauchery trouve deux maxima, l'un vers le cinquième mois, l'autre à la fin de la grossesse.

Renan constate une progression régulièrement ascendante du début à la fin de la grossesse « à vrai dire très faiblement ascendante », les divergences semblent dues au petit nombre des cas étudiés chaque fois.

La statistique la plus importante est celle de Mickulicz, qui repose sur l'étude de 148 observations (81 cas de Ludwig jusqu'en 1914, et 67 cas réunis par l'auteur).

Nous y avons ajouté 53 cas pris dans nos observations, toutes postérieures à son travail, où l'âge de la grossesse était signalé, et dont nous avons éliminé toutes celles où le facteur gravido-puerpéral ne paraissait avoir aucune influence étiologique (iléus paralytique inflammatoires, occlusions post-opératoires, syphilome de l'angle hépatique du colon).

L'occlusion est très rare pendant les trois premiers mois. Sa fréquence augmente alors brusquement à partir du 4^e mois pour atteindre progressivement un premier maximum au cours du 7^e mois.

Les cas observés en nombre égal aux 8^e et 9^e mois marquent une décroissance légère. Puis on note, à la

fin de la grossesse et pendant le travail une nouvelle augmentation de la fréquence qui atteint son maximum dans le post-partum :

Age de la gestation	Mickulicz	Ludwig	Statistique personnelle	Total
1 ^{er} mois	0	0	0	0
2 ^e —	2	1	0	3
3 ^e —	1	5	1	7
4 ^e —	3	9	5	17
5 ^e —	7	9	4	20
6 ^e —	12	7	4	23
7 ^e —	9	8	10	27
8 ^e —	5	8	8	21
9 ^e —	8	7	6	21
Terme et travail	9	13	7	29
Période puerpérale .	11	14	8	33
	—	—	—	—
	67	81	53	201

(Ces résultats sont figurés en rouge sur le graphique de la page 55.)

Considérations Anatomiques et Physiologiques

Le phénomène anatomique qui domine la période gravidopuerpérale est caractérisé par les variations considérables du volume de l'utérus qui, d'organe normalement pelvien, devient progressivement abdominal, atteint son développement maximum à la fin du neuvième mois et retrouve en six semaines sa situation et son volume primitifs.

La croissance de l'utérus gravide ne se fait pas selon une progression régulière du début à la fin de la gestation; elle est plus rapide dans la seconde moitié de la grossesse : de 8 cm. environ à l'état de vacuité, l'utérus passe à 15 cm. au quatrième mois pour atteindre 32 à 33 cm. à la fin du neuvième mois.

La marche de l'involution utérine est au contraire plus rapide au début de la puerpéralité.

« Franchement abdominal, sus-pubien pendant les premiers jours (4 cm. au-dessus du pubis du huitième au dixième jour), l'utérus redevient pelvien, rétro-pubien vers le quatorzième jour. Du volume d'une grossesse de quatre mois après la délivrance, il a diminué de moitié en 4 à 5 jours, atteint le volume du poing vers le dixième jour et retrouve ses dimensions normales vers la sixième semaine » (Metzger).

L'ascension du fond, l'augmentation de volume simultanée et l'involution de l'utérus modifient profondément les rapports anatomiques des organes abdominaux. Il y a en quelque sorte conflit, où s'opposent, d'une part l'utérus, d'autre part la vessie, les anses grêles et le gros intestin.

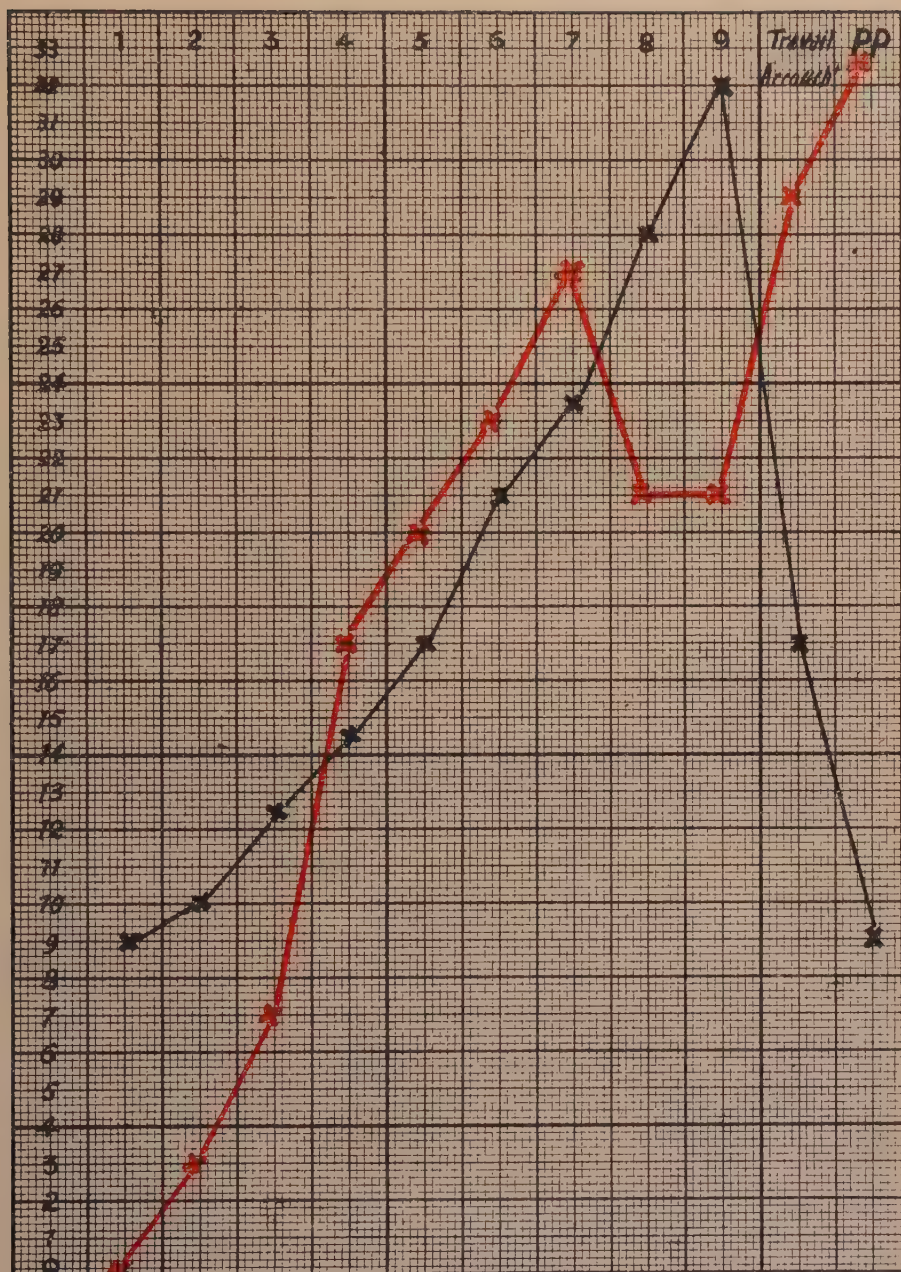
Dans l'infiniment grande majorité des cas, le conflit se règle pacifiquement, par concessions réciproques.

La radiographie a permis l'étude des modifications anatomiques de l'intestin. Le cœcum et l'appendice ne subissent pas de déplacements bien considérables. Il y a surtout aplatissement cœcal entre l'utérus et la fosse iliaque. L'angle colique droit n'est que légèrement déplié. Le côlon transverse soulevé par l'utérus se couche sur la face antérieure du fond utérin en avant de l'estomac.

Dans les suites de couches, les anses grêles reprennent leur place. Le côlon transverse souvent très ptosé peut descendre jusqu'au pubis. La face postérieure de l'utérus diminue rapidement l'intimité de ses rapports avec l'S iliaque pour les perdre ensuite définitivement.

Le péritoine est accolé au corps de l'utérus jusqu'au niveau du plan de l'anneau de contraction. Il adhère très intimement sur les deux faces, plus bas dans le Douglas et plus solidement qu'en avant.

Grâce à la mollesse du segment inférieur, l'antéversion est accentuée. Le fond tend à s'appliquer directement derrière la paroi abdominale, la face antérieure



cachant la vessie dont la réplétion redresse l'utérus et lui fait quitter le contact de cette paroi.

Malgré leur importance apparente, ces déplacements ne se traduisent normalement par aucune symptomatologie clinique appréciable.

Mais que ce terrain cesse d'être absolument normal, ou que cette grossesse elle-même s'écarte de la règle, que des anomalies anatomiques ou pathologiques existent ou se continuent — ligaments, adhérences ou brides, bassin rétréci — que la position fœtale soit mauvaise, que l'utérus soit anormalement développé — gémellité-hydramnios, gros fœtus — ou soit déformé — tumeur, insertion placentaire, — que la sangle abdominale soit insuffisante, que la distension exagérée des ligaments utéro-sacrés favorise dans le post-partum la chute de l'utérus en arrière, et voilà constituées autant d'épines qui risquent d'accrocher la marche normale de la gestation ou de la puerpéralité.

Et c'est bien ce qui se passe en réalité : les accidents d'occlusion se multiplient parallèlement à l'importance et à la rapidité des variations de la hauteur utérine.

En face de la courbe de fréquence des cas d'occlusion exprimés en unités, nous avons tracé une autre courbe traduisant en centimètres l'élévation du fond, chiffres moyens établis d'après les statistiques de Demeulin et de Schikelé. (Graphique, page 55.)

Au cours du premier mois, alors que l'utérus n'a

guère modifié son volume, on ne trouve pas un seul cas d'iléus; pendant les deux mois suivants, les cas en sont encore très rares.

A partir du deuxième trimestre, alors que l'utérus se dégage de l'excavation pelvienne, les deux courbes sensiblement parallèles s'élèvent régulièrement jusqu'au septième mois.

La fréquence des occlusions se maintient dès lors à quelques unités près jusqu'au terme. Au cours du travail et de la puerpéralité, aux modifications brusques apportées par l'évacuation utérine et par l'involution, correspond une recrudescence des accidents.

A ces facteurs anatomiques s'ajoutent, dans la constitution du terrain gravidopuerpéral des phénomènes physiologiques importants; hypertrophiques, moteurs et circulatoires.

1° L'utérus n'est pas le seul organe à s'hypertrophier.

Le trigone, les uretères, le vagin, participent aussi à ces modifications. Et il est logique de penser que la portion terminale du gros intestin seule n'est pas indifférente à la suractivité métabolique de tous les organes pelviens. Pour certains auteurs, on atteindrait ainsi à une activité motrice supérieure à celle des segments qui se trouvent en amont avec tendance à l'inversion du péristaltisme et par conséquent à la constipation.

2° Cependant, en face de l'hypertrophie des cellules musculaires, se développe sous l'influence de l'hyperexcitabilité du sympathique, un certain degré d'atonie

auquel Stoeckel attache une grande importance dans le déterminisme des accidents d'occlusions.

Guthmann et Stalher, par l'examen radiologique, ont mis en lumière cette diminution du tonus intestinal qui, de peu d'importance jusqu'à l'anse sigmoïde, atteint alors son intensité maximum, pour constituer parfois un véritable block sigmoïdien.

Expérimentalement, Alvarez a particulièrement bien étudié les modalités de la distribution motrice de l'intestin par rapport à son axe : le « gradient intestinal », au cours de la grossesse. Il conclut à une diminution de la conductibilité des ondes péristaltiques et à une convergence, « un aplatissement » d'amont en aval des gradients des différents segments.

Cette paresse intestinale peut se traduire soit au début de la grossesse, soit après l'accouchement par un météorisme abdominal relativement fréquent et plus ou moins marqué, mais la constipation en est la manifestation la plus habituelle.

En réalité, elle est moins fréquente qu'on a bien voulu le dire, mais son rôle est important dans la pathogénie de certains accidents occlusifs.

Sur 302 femmes enceintes, Vignes en trouve 52 seulement qui ont tendance à la constipation.

A l'hyperexcitabilité du sympathique s'ajoute la meilleure résorption des matières alimentaires et surtout de l'eau, qui diminue le volume du bol fécal et l'épaissit.

« La constipation par atonie sympathicotonique et

l'émésis par vagotonie peuvent s'observer simultanément, selon G. Halter, parce qu'on remarque souvent chez les mêmes femmes une augmentation du tonus du vague dans la section crânienne et une augmentation du tonus du sympathique dans la section caudale. »

Ces influences nerveuses ne s'exercent pas exclusivement au niveau du tractus gastro-intestinal, mais encore sur la vessie, les uretères et l'utérus. Michaelis reconnaît à l'iléus gravidopuerpéral, à la pyélite et à l'hémorragie du post-partum une analogie biologique de cet ordre.

3° Les échanges circulatoires abdomino-pelviens sont intensifiés. Le pouvoir de résorption du péritoine s'en trouve accru. La rapidité avec laquelle évoluent les phénomènes toxiques, la fréquence relative de la généralisation de l'infection à toute la séreuse en l'absence de rupture ou de perforation, qui en sont la conséquence, viennent assombrir le pronostic.

Causes et Mécanismes

Aux facteurs habituels d'occlusion rencontrés en dehors de la période gravidopuerpérale, la grossesse en ajoute de nouveaux qui lui sont propres.

Gauchery classe les occlusions intestinales de cette période en trois groupes, d'après le degré de parenté pathogénique qui unit les agents d'occlusion à la gravidopuerpéralité.

Le premier groupe comprend toutes les occlusions qui tiennent à la grossesse elle-même ou au post-partum; rétroversion ou rétroflexion incarcerated, compression par l'utérus, ascension du ligament infundibulopelvien, troubles de l'innervation intestinale. Il s'agit alors d'ileus gravidiques purs.

Dans le second sont rangées les occlusions dites paragravidiques, où la grossesse n'intervient plus comme agent déterminant, mais comme simple facteur favorisant; on retrouve à leur origine la présence d'une tumeur, d'une bride, d'un volvulus ou un étranglement.

Le troisième groupe est constitué par toutes celles qui n'ont de commun avec la grossesse que leur coexistence.

On a contesté la réalité de cette catégorie d'occlusion; mais, s'il est souvent très difficile de distinguer

ces iléus d'occlusions paragravidiques, s'il est vrai d'autre part que la gravidopuerpéralité imprime une allure particulière à leur évolution, du point de vue pathogénique pur, elle mérite, semble-t-il, d'être conservée.

La fréquence relative des différents mécanismes pathogéniques n'est pas identique dans tous les travaux. Les agents d'occlusion se répartissent ainsi d'après les statistiques de Ludwig, de Mickulicz-Radeki et nos observations :

	L.	MR.	Statistique personnelle
	—	—	—
Brides	28	15	14
Tumeurs	25	4	7
Volvulus	13	34	11
Rétroflexion :	8	—	—
Obturation de la lumière	7	—	1
Hernie étranglée	7	—	2
Invagination	4	3	—
Compression par l'utérus	—	18	5
Iléus paralytique (toxicoses gra- vidique et pyélite)	—	—	12
Cause inconnue ou incertaine ..	—	6	2

Nous envisagerons d'abord les cas dans le mécanisme desquels la croissance de l'utérus gravide joue un rôle prédominant pour passer ensuite à l'étude de ceux où ce rôle revient à l'atonie exagérée de l'intestin.

Dans la réalité, ces facteurs s'associent en propor-

tions variables et le passage de l'une à l'autre catégorie s'effectue insensiblement; c'est pourquoi nous avons tenu à ne marquer entre elles aucune séparation nette.

ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

Alors qu'en dehors de la grossesse l'incarcération herniaire est la cause la plus fréquente d'occlusion, elle est au contraire exceptionnelle pendant la gestation.

Les statistiques de Ludwig et de Von Mickulicz n'en réunissent que 8 cas; ce sont deux hernies épigastriques, une hernie ombilicale et 5 étranglements internes. Nous y ajoutons deux nouveaux cas. Dans le premier (Obs. XXVI) l'étranglement s'est fait à travers un orifice congénital circulaire à bords rigides de l'épiploon; dans le second, à travers une brèche post-opératoire du ligament large sous le ligament rond gauche (Obs. XXVII).

Nous n'avons trouvé nulle part de hernie inguinale ni crurale.

Souvent, au contraire, on observe une régression de ces variétés de hernies à la faveur de l'élévation de l'utérus qui, refoulant l'intestin, les vide de leur contenu, et par son volume protège les orifices de la pression intra-abdominale.

VOLVULUS.

Il est classique d'admettre à l'origine d'un volvulus la préexistence de deux malformations : l'une, congé-

nitale, anse oméga longue à méso long; l'autre acquise, la méso-sigmoïde rétractile de Virchow.

Effectivement, la première est parfois signalée : mégacolon pelvien et sigmoïde dans les observations I et VII de MM. Hamant et Vermelin, et de Ioffé; persistance du type infantile de l'anse sigmoïde dans un cas de Daveo et Coste et dolicholon (Obs. XI).

D'autre part, on retrouve souvent la constipation dans les antécédents de la malade. Habituelle, plus ou moins opiniâtre, exagérée par la grossesse, elle peut agir en dilatant l'anse terminale au point de simuler la maladie de Hirschprung.

« Quant au deuxième facteur, considéré classiquement comme indispensable à la formation du volvulus, la méso-sigmoïdite, nous ne l'avons trouvée mentionnée dans aucun compte rendu opératoire, et comme c'est une lésion grossière, évidente, il faut bien admettre qu'elle n'existait pas (Maroger). »

Pour cet auteur, il y aurait un autre mécanisme capable de suppléer à la rétraction inflammatoire absente qui serait la tension du ligament infundibulocolique, favorisée par la dextrotorsion exagérée de l'utérus entraînant la coudure du côlon pelvien, premier temps du volvulus, surtout si son méso est court et s'il y a adhérence entre le côlon pelvien et le pédicule utéro-ovarien gauche.

Le volvulus éclate brusquement le plus souvent, sans prodromes et en dehors de toute cause apparente. Quel-

ques observations enregistrent un effort, ou un traumatisme à l'origine de la torsion (Cas Barthel, Lampe, Donalson, cité par Lambert dans sa thèse (Obs. de Ioffé n° 1).

Dans certains cas (Bloch et Kohn, Braun, Olivier, cité par Lambert), des crises abdominales douloureuses ont été signalées, étiquetées appendicite ou coliques néphrétiques et qui pouvaient fort bien être la traduction de torsions passagères et incomplètes, de volvulus avortés ou spontanément détordus.

Le degré de torsion est variable : souvent peu serré, un quart, un demi-tour, généralement dans le sens des aiguilles d'une montre, nous l'avons vu atteindre trois tours dans les observations de MM. Hamant et Vermelin, et Larget.

Brides et adhérences. — Elles constituent un des mécanismes les plus fréquents de l'occlusion. Pour Gauchery, elles interviendraient dans sa genèse dans 60 % des cas et dans 39 % selon Renan; Ludwig et Von Mickulicz ne les retrouvent qu'à l'origine de 20 et 18 % seulement des cas. De tels écarts dans les statistiques ne s'expliquent guère que par le fait, pour certains auteurs, de considérer comme volvulus des cas où la torsion n'est en réalité que le terme d'un accident déclenché par une bride ou une adhérence et d'assimiler des coudures à angle droit à des torsions peu serrées. S'il n'y a dans ce dernier cas qu'une dif-

férence de degré, sinon de nature, le mécanisme étiologique en est pourtant sensiblement différent.

Presque toujours la malade a un passé abdominal chargé, soit chirurgical (salpingo-oophorectomie, Dole-
ris; césarienne; appendicectomie à chaud (2 cas); gas-
tro-entérostomie; laparotomie et intervention mal définie pour tumeur utérine; salpingo-ovariectomie pour grossesse extra) soit médical (troubles gastro-intestinaux, salpingite, crises abdominales douloureuses, phénomènes légers de cystite, imprégnation bacillaire plus ou moins discrète).

Il s'agit en général de brides, d'adhérences ou de membranes anciennes, relativement bien supportées en dehors de la grossesse et qui se révèlent à l'occasion du déplacement intestinal gravidopuerpéral. Dans quelques cas, elles sont de constitution récente, contemporaines de la grossesse (inflammation annexielle en fin de gestation; Liebmann), ou consécutive à des interventions obstétricales (8 jours après une césarienne : Perry et Mangé).

La diversité de leurs caractères anatomiques est infinie. Nous en avons rencontré de toutes sortes : iléopariétales, iléo-iléales, iléo-cæcales, colo-cæcales, iléo-annexielles, iléo-utérines, etc., etc. Leur épaisseur ou leur surface sont variables, réciproquement leur solidité; il semble bien que dans certains cas on puisse rendre responsable de phénomènes sub-occlusifs guéris brusquement au cours de la grossesse et dans le post-

partum, la rupture ou le déchirement d'une bride ou d'une adhérence peu résistante.

Certaines sont tendues entre leurs insertions; d'autres constituent de véritables anneaux où l'intestin s'étrangle et des poches membraneuses qui fixent les masses intestinales, les empêchant de se dérober devant l'obstacle (cas de Vermelin, Chalnot, Louyot) qui les comprime.

Dans une autre observation (Vermelin, Rothan et Richon, Obs. XIV), l'épiploon ramassé en un cordon épais adhérent à la paroi au niveau d'une cicatrice appendiculaire constituait une vaste bride autour de laquelle l'intestin grêle était enroulé une fois et demi.

Digonnet en Vernes rapportent un cas où l'occlusion se produisit après l'accouchement par coudure de l'angle splénique du colon à la faveur de brides étendues de la région cæcale et de la fosse iliaque droite à la partie moyenne du côlon transverse.

LE LIGAMENT INFUNDIBULO-PELVIEN :

A côté de ces occlusions par adhérences, par brides ou par membranes pathologiques, il convient de réserver une place particulière à une catégorie d'iléus provoqués par le ligament infundibulo-pelvien, signalée par Okinczyc, puis étudiée en détail par Vautrin et par Tarte (Thèse Nancy, 1922).

Ce ligament n'est autre qu'un repli péritonéal sou-

levé par les vaisseaux tubo-ovariens, qui se rendent de la région lombaire aux organes génitaux.

La racine transverse du mésocolon pelvien croise, sur la face antérieure du psoas, la gaine des vaisseaux ovariens à l'endroit où elle constitue la partie supérieure du ligament infundibulo-pelvien. Le côlon sigmoïde placé en avant et au-dessus de lui n'est pas alors menacé. Mais au cours de la grossesse, les trompes, les ovaires et leurs pédicules s'élevant avec l'utérus, l'extrémité inférieure du ligament remonte avec eux, lui faisant décrire une boucle à concavité supérieure qui embrasse le mésocôlon et l'anse sigmoïde; la dextorsion et la latéro-version droite de l'utérus, provoquent au maximum la tension du ligament.

Si l'anse est mobile, elle fuit vers le haut, échappant ainsi à l'étreinte du ligament, mais si au contraire le sigmoïde est fixé près de la paroi, ce qui est normal chez l'adulte, il ne peut se soustraire à la striction.

La torsion légère sur son axe, une compression modérée, plus simplement, l'atonie du sigmoïde complètent l'oblitération.

Sabourin, Laënnec et Maroger estiment que ce mécanisme doit être souvent incriminé « car dans beaucoup d'observations où la nature exacte de l'occlusion n'est pas reconnue, les auteurs notent soit l'extrême dextro-torsion de l'utérus, soit l'existence de brides non pathologiques ». Ils se demandent en outre s'il n'y a pas là une influence susceptible de remplacer dans une certaine mesure la rétraction inflammatoire con-

sidérée comme indispensable à la production de la torsion intestinale, qui succéderait alors à une occlusion par couture.

OCCLUSION PAR TUMEUR.

C'est surtout par compression, et par déplacements, accessoirement par irritation péritonéale ou par inhibition réflexe qu'interviennent les différentes tumeurs dans la genèse de l'iléus.

La compression n'est possible que si l'intestin se laisse écraser entre deux plans résistants, auxquels il ne peut se dérober du fait de son immobilité ou de son immobilisation. On l'observe surtout entre le quatrième et le septième mois.

Le fibromyome, cause rare de compression en dehors de la grossesse, l'est encore beaucoup plus au cours de la gestation, grâce au ramollissement et au déplacement ascensionnel qui se produisent alors; seules les tumeurs enclavées ou adhérentes sont dangereuses :

L'S iliaque était fortement comprimée sur la ligne innommée entre la paroi osseuse du bassin et la tumeur avec laquelle elle avait contracté des adhérences dans le cas de Turner (*in* thèse Tarte).

Dans celui de Soubeyran (thèse Gemain), il s'agissait d'un fibrome du segment inférieur enclavé.

L'occlusion était due, dans l'observation de Courtois, à la compression du côlon sigmoïde, dans le Douglas, par un énorme fibrome calcifié.

Toutes les tumeurs, quelle que soit leur nature, sont

capables de se comporter de même. Une salpingite chronique, constituant une tumeur dure, provoquait l'iléus dans une observation d'Estienny. Mais la grossesse ectopique à laquelle Pinard enseignait de penser toujours en face d'un syndrome d'occlusion au cours de la grossesse, n'agit qu'exceptionnellement par ce mécanisme.

Les déplacements sont presque toujours des torsions.

Elles sont l'apanage des tumeurs pédiculées facilement mobilisables.

Torsion du pédicule d'un hydrosalpynx (Obs. LII).

Torsion de kyste ovarien, de fibromyome (Obs. LIII, LIX).

L'occlusion n'est alors que la conséquence de l'irritation péritonéale consécutive, ou d'un réflexe inhibiteur déclenché par l'accident.

Dans un cas de Bolher, elle était cependant sous la dépendance directe de la torsion d'un kyste ovarien qui avait attiré, en la coudant, l'anse sigmoïde vers son pédicule.

ILEUS VRAI DE LA GROSSESSE.

A côté de ces variétés d'occlusion, il en est une qui présente un intérêt particulier. Elle est caractérisée anatomiquement par la compression de l'anse sigmoïde par l'utérus, à son entrée dans le petit bassin à l'endroit où elle croise la ligne innominée.

Les cas en sont rares. Halter en réunissait seulement

26 cas en 1932. Nous en avons recueilli 3 autres certains (Obs. XXVIII, XXIX, XXX) et 3 douteux.

C'est surtout en fin de grossesse et au cours du travail (4 cas) que l'accident se produit. Mais si la tête fœtale, volumineuse et dure est capable alors de réaliser à elle seule la compression du sigmoïde, il faut chercher ailleurs pour expliquer le mécanisme des cas de la grossesse et du post-partum.

Stockel estime que la compression ne peut être réalisée que par le corps de l'utérus, à un seul endroit, la ligne innommée et seulement du cinquième ou septième mois, alors que l'utérus, mou et malléable, remplit complètement l'entrée du petit bassin.

Sitôt l'accouchement, l'utérus rétracté et dur revient à ce niveau, mais il ne s'applique pas exactement aux contours du bassin.

« L'utérus puerpéral, en dehors de la période de travail, ne semble pas capable de déterminer une compression complète du sigma normal; car, d'un côté, pendant la grossesse, il est trop mou, et dans le post-partum il ne s'applique pas complètement aux parois du bassin (Bolher). »

Il faut donc admettre l'existence d'un facteur favorisant qui ne saurait être que l'atonie excessive de l'intestin, le rendant incapable de se vider à travers le rétrécissement partiel dû à la compression utérine et aboutissant à l'occlusion totale.

Si l'utérus normal en position normale est capable de réaliser l'occlusion, on comprend d'autant mieux

le rôle que peut jouer un utérus anormalement gros : gros enfant, gémellite, hydramnios (Obs. XXIX), ou en mauvaise position : rétroversion, rétroflexion incarceration.

Accessoirement, s'ajoutent d'autres facteurs prédisposants, tels que la brièveté anormale du méso-sigmoïde, un dolicho-côlon (XXXIII), les rétrécissements du bassin (Obs. XXIX) ou la brièveté du vagin.

ILEUS PARALYTIQUES.

L'occlusion intestinale paralytique peut reconnaître différentes origines.

1° L'iléus paralytique inflammatoire en est la forme la plus souvent rencontrée. C'est la traduction, en vertu de la loi de Stokes, d'une réaction péritonéale qui peut être discrète, au point de n'avoir aucune autre symptomatologie.

Il succède en général à un avortement, à un accouchement laborieux ou négligé, mais l'utérus n'est pas forcément responsable de l'infection. On l'a attribué à la rupture inaperçue d'un pyosalpinx, à la thrombose des artères mésentériques ou cœliaques (De Lee, Thèse Berger), à la phlébite d'un ligament large (Ducung, même source).

2° Des causes mécaniques sont fréquemment à l'origine de l'inhibition motrice de l'intestin, donnant une occlusion en tous points comparable à celle qui suit toute la parotomie un peu longue. Tels sont le massage

de l'intestin par les contractions utérines, et le traumatisme d'un accouchement difficile, compliqué, de rétrécissement du bassin, de version ou de forceps.

3° La douleur est aussi capable de provoquer la paralysie d'un segment intestinal, qui est banale au cours des crises de coliques hépatiques, ou néphrétiques, et la suite de la torsion des kystes et des tumeurs.

4° La paralysie intestinale enfin peut être due à des actions chimiotoxiques. Peut-être s'agit-il d'une toxine que crée l'état gravidique, sécrétée par l'appareil utéro-ovarien, ou par l'œuf, ou par ses annexes (Laffont et Calleja, Obs. XL, XLI). Il semble plutôt qu'il faille incriminer l'infection colibacillaire, et ceci revient à poser le problème des rapports qui unissent l'occlusion intestinale et la pyélonéphrite.

Symptomatologie

Comme en dehors de la gravidopuerpéralité, le mode de début des accidents permet de distinguer les deux grandes formes cliniques d'occlusion aiguë et d'occlusion chronique.

Dans le premier cas, des vomissements fréquents et abondants surviennent brusquement chez une femme en bonne santé où des douleurs violentes éclatent sans prodromes, réveillant la malade au milieu de la nuit ou la terrassant en pleine activité.

Dans le second, il s'agit généralement d'une femme très constipée depuis le début de la grossesse ou qui présente depuis plus ou moins longtemps des douleurs vagues, sans localisation bien nette; après des alternances de constipation opiniâtre et de débâcles, de douleurs et de répit, l'occlusion s'installe progressivement pour réaliser finalement un tableau clinique complet que nous allons étudier.

L'arrêt des matières et des gaz n'est pas toujours évident. Il n'est pas souvent facile à reconnaître chez des femmes habituellement très constipées; tantôt la constipation a résisté aux moyens dont la femme avait coutume de se servir; quelquefois, la malade, habituée à des selles rares et espacées, ne s'en est même

pas rendu compte. Il y a passage progressif de la constipation à l'arrêt absolu du transit, dont le début est insaisissable.

La stercorhémie s'installe, souvent bien supportée pendant les premiers jours, puis apparaissent les vomissements et les douleurs. L'évolution, dès lors, brûle les étapes, aboutissant en quelques heures à un dénouement fatal.

C'est dans ces formes d'occlusion en deux temps que le traitement médical donne des résultats les plus remarquables. Mais il faut savoir ne pas accorder trop de valeur à une débâcle qui peut être importante et amener un soulagement passager, mais due seulement à l'évacuation de l'extrémité inférieure de l'intestin.

« *Les vomissements*, phénomène habituel au cours de la grossesse, peuvent se présenter avec une fréquence et une abondance particulière en dehors de tout accident intestinal sérieux. C'est-à-dire que les vomissements symptomatiques de l'occlusion n'attireront pas toujours nécessairement l'attention, du moins au début. D'abord l'occlusion produit la gêne nauséuse, puis le rejet des aliments ingérés. Ensuite l'estomac, continuant à se contracter violemment, expulse le mucus qu'il secrète, vomissement muqueux. Puis le pylore se laisse forcer, c'est le contenu du duodénum qui constitue le vomissement, c'est le vomissement bilieux. Jusque-là, c'est la manifestation d'un trouble du transit, mais il n'y a rien qui soit caractéristique de l'occlusion; un état spasmodique migrai-

neux, passager et sans gravité, peut comporter ces trois variétés de vomissements : alimentaires, muqueux et bilieux. Ce qui est spécial à l'occlusion est le rejet d'un liquide rosâtre fécaloïde. Il témoigne d'un antipéristaltisme violent de l'intestin grêle. L'expulsion de ce liquide spécial en vomiturations répétées, surtout si elle se produit après que l'estomac a été lavé avec le tube de Faucher, est une confirmation du diagnostic qui implique une décision rapide » (Lardenois). Ils apparaissent brusquement et constituent parfois le symptôme initial.

Constants à la période d'état, les vomissements ne deviennent souvent fécaloïdes que trop tard pour qu'on puisse attendre d'eux la confirmation du diagnostic d'occlusion. Parfois même ils sont absents.

La douleur, souvent, ouvre la scène; ses caractères sont d'une variété extrême.

Tantôt elle est d'emblée très vive; tantôt elle débute d'une façon discrète et va s'intensifiant.

Son intensité, en dehors des facteurs subjectifs, subit elle-même des écarts considérables. Elle n'est pas toujours en rapport avec la sévérité des désordres locaux : On a pu voir une bride lâche provoquer une symptomatologie beaucoup plus bruyante qu'une bride serrée.

Sa localisation aussi est des plus variables, tantôt on lui trouve un maximum dans une fosse iliaque, ou à l'épigastre, tantôt c'est au niveau du côlon transverse

ou dans la région lombaire qu'elle est la plus aiguë. Puis elle se généralise plus ou moins rapidement, mais il est possible parfois encore de lui trouver un point d'intensité plus grande.

Continue et sans exacerbations, elle traduirait la souffrance d'un méso en cas de volvulus; précoce et intense, en cas de volvulus du grêle, elle serait progressive en cas de volvulus du côlon.

« Au contraire, en cas de coudure, de compression, de rétrécissement, quand il n'y a pas de stricture du pédicule nourricier de l'anse, il se produit des coliques traduisant le péristaltisme et l'antipéristaltisme, et ces coliques peuvent en imposer pour un début d'accouchement (Vignes). » Ces coliques se reproduisent souvent en un rythme plus ou moins régulier, toutes les 3 ou 4 ou 10 minutes. Elles s'espacent à mesure que l'épuisement envahit l'intestin, pour disparaître finalement; c'est alors « l'indication d'un péril imminent... l'anse inerte... commence à se paralyser et à s'œdématiser (Lardenois). »

Examen de l'abdomen. A l'inspection, le ventre apparaît presque toujours très augmenté de volume, ballonné, tendu « aussi volumineux que si l'utérus était à terme ou plus volumineux (Vignes). »

Le météorisme est généralisé, mais souvent il est asymétrique et plus marqué dans une région : à tout un côté, jusque dans la région dorsale; à la région épigastrique et à l'hypocondre droit...

L'utérus est déplacé par la masse intestinale dilatée qui peut le masquer complètement ou en partie.

Les contractions violentes de l'intestin qui lutte contre l'obstacle sont parfois perceptibles à l'œil et l'on voit « se dessiner sous la paroi une reptation d'anses intestinales » (Obs. XVIII).

Elles sont alors synchrones des coliques et leur sens de propagation peut fournir des renseignements intéressant la localisation de l'iléus.

« Naturellement, ces renseignements que donne l'inspection on ne les obtiendra pas toujours, car pour peu que l'utérus soit volumineux, il vient brouiller la morphologie de l'intestin distendu (Vignes). »

Les résultats de la palpation sont rarement mentionnés dans les observations. Cela tient sans doute à la grande difficulté qu'elle présente en raison de l'intensité du ballonnement abdominal et du volume de l'utérus grévide.

Dans certains cas, alors que le météorisme était encore peu développé, elle a cependant permis de percevoir une tumeur, un empâtement, de rechercher la contracture d'une appendicite ou de trouver une zone de douleur plus aiguë.

La percussion et l'auscultation rencontrent les mêmes obstacles. On a constaté parfois les signes de Von Wahl et de Laugier, et perçu des gargouillements au moment aussitôt après la contraction péristaltique.

L'état général est rapidement touché, plus rapidement qu'en dehors de la grossesse, sans doute en raison du développement de la vascularisation abdominale.

La température est normale ou subnormale. L'hypothermie est loin d'être la règle. Il est plus fréquent, au contraire, d'observer une élévation thermique plus ou moins accentuée.

Le pouls s'accélère et s'amenuise pour devenir vite incomptable.

Les urines sont rares.

A l'anxiété du début, succède une véritable angoisse.

La respiration est rapide, superficielle; le faciès est altéré, les yeux s'excavent, les traits se tirent, et la mort survient en l'absence d'intervention et de complications nécrosantes ou perforantes, du cinquième au dixième jour, au milieu de phénomènes de collapsus progressif et de septicémie.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE.

« L'examen radiographique, dit Moulonguet, n'a pas pris encore, dans le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë, la place qui lui revient. On peut espérer que, mise en œuvre dans tous les cas où l'occlusion intestinale est soupçonnée, elle permettra la reconnaissance très précoce de cette grave lésion et qu'elle donnera au chirurgien des renseignements précieux sur

la localisation de l'obstacle et quelquefois même sur sa nature. »

Il ne saurait être question de faire absorber les solutions opaques habituelles à des malades mises à une diète rigoureuse au cours des syndromes abdominaux aigus, en l'absence de diagnostic certain. D'autre part, l'absorption n'en serait guère possible en raison des vomissements. Enfin, on n'a pas le droit de perdre les quelques heures nécessaires au cheminement de la bouillie opaque jusqu'au niveau de l'obstacle.

On enregistre donc les images abdominales extemporanément et sans aucune préparation. Les renseignements fournis par la radioscopie manquent souvent de netteté et sont d'une interprétation délicate. On lui préfère la radiographie, qui doit être prise la malade étant debout si son état le permet, sinon assise devant l'écran. Le cliché doit être très grand, de façon à ne laisser dans l'ombre aucune partie de l'abdomen.

Le diagnostic repose sur l'interprétation des clichés qui montrent des images gazeuses et des niveaux liquides dus à la présence des gaz et des liquides retenus en amont de l'occlusion. Cette interprétation nécessite la connaissance parfaite des images normales de la cavité abdominale.

La grossesse s'ajoute ici comme facteur de difficulté par l'ombre du corps utérin et surtout par les déplacements infligés à l'intestin. C'est alors qu'on peut faire appel, avec les précautions d'usage au lavement opaque

qui permettra de préciser la nature d'une anse distendue et le niveau exact du cadre colique où se trouve l'obstacle.

« Le diagnostic tiré de la lecture d'une radiographie abdominale sans préparation comporte un premier stade : on peut, sur certaines radiographies, nier l'existence d'une occlusion intestinale. C'est là à mon avis un premier renseignement qui présente une valeur considérable. Il y a en effet de nombreuses crises douloureuses abdominales qui s'accompagnent d'un arrêt momentané des matières et des gaz et qui évoquent le diagnostic d'occlusion. Les coliques hépatique et néphrétique, les torsions d'annexes, de kyste de l'ovaire, certains épisodes douloureux de l'ulcère gastrique, la pancréatite aiguë, etc., suscitent bien souvent la crainte d'une occlusion intestinale : la radiographie sans préparation, recherche infiniment simple et absolument anodine, permettra en quelques instants d'écarter ce diagnostic. Combien sera-t-elle rassurante, spécialement chez les sujets, maintenant nombreux, qui portent une cicatrice sur la paroi abdominale, et chez lesquels il faut toujours, à la moindre alerte douloureuse, songer à l'étranglement par bride, à l'iléus par adhérences, complications tragiques et dont l'évolution avec un minimum de symptômes peut être véritablement foudroyante (Moulonguet). »

Certaines occlusions par volvulus, iléus biliaire, invagination, se traduiraient sur les clichés par des ima-

ges particulières qui permettraient d'en faire le diagnostic.

Mais ce qu'il est possible de constater en dehors de la gestation, devient, en raison de la grossesse, plus délicat à percevoir. « Quoi qu'il en soit, ne voit-on pas que ces constatations modifient complètement la position du chirurgien qui doit prendre une décision opératoire et décider de la tactique de cette opération ? Il y a quelques années encore, la discussion classique entre les indications et les avantages de la laparotomie et de la colostomie dans l'occlusion intestinale aiguë pouvait être reprise à tout propos. Elle a perdu tout intérêt, puisque le chirurgien a le devoir de connaître de façon certaine par la radiographie si le côlon est ou non distendu. Et il est inconcevable qu'il ne tienne pas compte d'un renseignement obtenu à si peu de frais. A chaque cas, il devra donc appliquer l'opération strictement appropriée, la moins grave et la plus efficace (Moulonguet). »

Il faut cependant reconnaître que l'examen radiologique se heurte à des difficultés d'ordre pratique certaines, en dehors des centres hospitaliers organisés.

Il n'est signalé que dans deux observations (LIX, XI). Dans la seconde il a permis, en accord avec la clinique, de poser avec exactitude le diagnostic de volvulus du côlon sigmoïde.

Diagnostic

L'apparition d'un syndrome occlusif au cours de la période gravido-puerpérale soulève un grand nombre de problèmes diagnostiques souvent complexes.

La question se pose tout d'abord de savoir s'il y a bien occlusion, ensuite de reconnaître si cette occlusion est une entité au sens chirurgical du mot ou si elle n'est que la manifestation secondaire d'accidents particuliers. Les sanctions thérapeutiques qu'ils comportent peuvent être du même ordre, sans doute, mais dans bien des cas elles leur sont propres. L'intervention risque alors d'être inutile sinon dangereuse.

I. AU COURS DE LA GESTATION, la présence de l'utérus gravide gêne l'examen abdominal. D'autre part, la grossesse estompe, modifie la symptomatologie et multiplie les causes d'erreur.

« *En cas d'arrêt prolongé des évacuations intestinales*, on peut se demander si l'on a affaire à une occlusion nécessitant l'opération ou à une constipation opiniâtre justiciable de moyens non chirurgicaux (Vignes). »

Une telle constipation se rencontre assez souvent chez la femme enceinte. Mais ce n'est que très exceptionnellement qu'elle s'accompagne de troubles inquiétants. Alors même, l'arrêt des gaz n'est jamais absolu ;

elle cède au traitement médical judicieux. Le diagnostic reste pourtant délicat en face de certaines formes de constipation intenses qui peuvent n'être que le premier temps d'un iléus vrai. En cas de doute, il est préférable d'intervenir plutôt que de risquer de perdre un temps précieux.

Au cours de ces dernières années, et surtout en Allemagne, différents auteurs ont attiré l'attention sur la coexistence des *phénomènes occlusifs et de pyélonéphrite*. Mais si le mécanisme de l'occlusion est clair quand l'infection colibacillaire agit par l'intermédiaire de brides ou d'adhérences, — comme c'est le cas dans l'observation n° XXI de MM. Larget et Courtois, — il est par contre des plus discutés quand elle affecte le type paralytique pur, dont nous avons pu réunir dix observations (Obs. XLII à LI).

Pour les uns, au nombre desquels on relève les noms de Stœckel, Michaelis, Laffont et Calleja, la pyélonéphrite est secondaire à l'occlusion dans la pathogénie de laquelle elle ne joue aucun rôle. Elle est d'origine hémotogène, et la stase intestinale est le point de départ de la colibacillémie.

Pour les autres, au contraire, l'occlusion n'est pas la cause de la pyélonéphrite, mais bien sa conséquence. Mickulicz, Klein, Sennewald, Lucks, se rangent à cette opinion, mais leurs avis divergent quant au mécanisme intime de la paralysie intestinale. Lucks estime qu'elle est déterminée par des phénomènes inflammatoires ré-

tro-péritonéaux, tels qu'on les rencontre à la suite des pyélonéphrites, Sennewald l'attribue à l'action des toxines colibacillaires dont l'action est comparable à celle de l'atropine.

Certes, les pyélonéphrites graves peuvent à elles seules déclancher des phénomènes occlusifs et les observations ne sont pas tellement rares, « au cours de septicémies colibacillaires, hyperpyrétiques de la période gravido-puerpérale, de syndromes maniaques avec cyanose, méningisme et sub-occlusion, qui ont parfaitement guéri par le sérum de Vincent et l'abcès de fixation (Courtois). »

Mais au cours des pyélites de la gestation, les syndromes intestinaux ne sont pas fréquents. Halter les a rencontrées huit fois seulement sur 128 cas et une seule fois avec des caractères menaçants.

Que se passe-t-il en réalité ? Les données fournies par les observations, sans être contradictoires, diffèrent souvent. Dans certaines, on a noté l'intégrité du péritoine alors que d'autres ne mentionnent rien à ce sujet. Dans le plus grand nombre, les phénomènes de pyélite ont précédé l'iléus — devancés eux-mêmes souvent par la constipation. L'opposition des hypothèses pathogéniques ne traduit que la complexité des faits. Mais, il semble bien qu'on puisse accorder à la pyélonéphrite un rôle réel, sinon très clair dans la genèse de certaines occlusions.

La pyélite n'agit sans doute pas uniquement par elle-même, mais à la faveur de facteurs prédisposants

en première place desquels il faut placer l'atonie gravidopuerpérale de l'intestin. L'atonie favoriserait en premier lieu l'infection du bassin et qui, à son tour, viendrait l'accroître, que ce soit par inflammation rétro-péritonéale ou par l'action de toxines, déterminant ainsi un iléus paralytique complet, ou rendant l'intestin incapable de résister à une compression faible. L'exagération de l'atonie s'étend à la vessie, aux uretères (rétention) et à l'utérus (hémorragies), nécessitant le sondage, le cathétérisme, et l'hystérectomie même, en cas d'hémorragies incoercibles du post-partum ou à la suite de la section césarienne.

Le diagnostic des *formes occlusives de l'appendicite* est relativement facile dans la première moitié de la grossesse; la localisation de la douleur, la défense musculaire, l'hyperesthésie cutanée restent d'excellents signes. Il se complique singulièrement au voisinage du terme du fait de la présence de l'utérus gravide. C'est alors un diagnostic tout en nuances qui repose sur la notion de crises antérieures, sur les caractères des vomissements verts plus que fécaloïdes, sur l'existence de température, et d'autant plus difficile que certaines formes s'accompagnent de mouvements péristaltiques violents aisément perceptibles.

Inversement, on est intervenu avec le diagnostic d'appendicite ou de péritonite appendiculaire pour ne trouver qu'une occlusion d'étiologie différente avec un péritoine normal et un appendice sain.

« Dans la torsion d'un kyste ou de toute autre tumeur pédiculée, la douleur est brutale, syncopale, subite; le choc est accentué et il n'y a pas de péristaltisme décelable (Courtois). » On recherchera la matité d'un kyste, une légère élévation thermique sans négliger les renseignements fournis par le toucher rectal et vaginal. Le diagnostic d'une torsion dans certains cas rares peut se ramener au diagnostic étiologique d'occlusion (Obs. LIII).

Les pseudo-occlusions déterminées par *les crises de coliques hépatiques ou néphrétiques* sont aisément rapportées à leur véritable cause, dont la symptomatologie est riche. Malgré l'intensité et la durée qu'elles atteignent parfois, l'état général n'est jamais très touché, les vomissements ne deviennent pas fécaloïdes; le siège et les irradiations des douleurs ont alors une valeur considérable.

Les coliques salpingiennes, consécutives aux tractions exercées par l'utérus sur des brides pathologiques ou dues à des phénomènes inflammatoires en activité peuvent s'accompagner de vomissements intenses. L'identification en est des moins faciles quand le toucher vaginal reste négatif.

Dans une observation de Bouchacourt, l'autopsie d'une femme amenée à l'hôpital pour collapsus et

syndrome occlusif et morte en quelques heures, ne montra que des *raptus hémorragiques multiples des viscères*.

La question du diagnostic différentiel *entre des vomissements gravidiques* et ceux de l'occlusion, même dans ses formes sévères, ne semble guère pouvoir être sérieusement soulevé.

Signalons enfin les cas exceptionnels où on a hésité entre occlusion et *décollement du placenta* (Obs. X).

II. AU COURS DU TRAVAIL, les douleurs de l'occlusion ont été mises sur le compte de *la contraction utérine* dans un certain nombre d'observations, retardant gravement l'intervention. Signalons la possibilité de leur coexistence, dans dans le premier cas elles ne sont pas synchrones avec le durcissement de l'utérus.

La rupture utérine, dans sa forme insidieuse, a pu en imposer pour une occlusion; le fait est rare.

DANS LES SUITES DE COUCHES, *un météorisme extrême, la dilatation aiguë de l'estomac ou de l'intestin*, ont pu faire redouter l'occlusion.

Le diagnostic de *la péritonite puerpérale* aiguë ne soulève pas de difficultés. Il en est autrement dans les formes légères ou d'intensité moyenne.

L'arrêt des matières et des gaz est rarement absolu,

il n'y a pas de péristaltisme. Le ballonnement est plus tardif. La douleur est plus profonde et plus diffuse que dans l'occlusion.

« Chez les femmes épuisées par un long travail, ayant subi un accouchement difficile suivi d'hémorragie, il n'est pas rare de constater un syndrome occlusif par *sous-péritonite*. Le plus souvent, dans ce cas, il y a fissuration du vagin, du col ou du segment inférieur dans la base du ligament large. Le ballonnement abdominal est extrême, il n'y a pas de péristaltisme. L'arrêt des gaz est incomplet. La femme se plaint d'une douleur latéralisée dans la fosse iliaque, elle est subictérique, frissonnante, fébrile, choquée. Le toucher révèle une masse sanguine épanchée, souvent très dure, sur la paroi latérale du bassin, dans la base du ligament large, la sous-péritonite se voit plus tardivement dans les phlébites pelviennes et les phlegmons du ligament large.

Un syndrome pseudo-occlusif peut même se voir, par *hématome d'un grand droit* de l'abdomen rupturé lors des efforts d'expulsion. La douleur, alors uniquement pariétale, est très accrue par la palpation du muscle contracté (Courtois). »

Le même auteur signale la possibilité de tels syndromes à la suite de *phlébite mésentérique*.

Pronostic

En l'absence d'intervention, l'occlusion intestinale se termine habituellement par la mort.

Dans 21 observations rassemblées par Gauchery, où le diagnostic d'iléus a été porté sans intervention, la mort est survenue dans 16 cas, soit une mortalité de 76 %.

La guérison est une éventualité rare sur laquelle il ne faut pas compter.

Malgré l'intervention, le pronostic reste sombre. De 55 % en 1914, ramenée à 40 % en 1926, la mortalité reste sensiblement supérieure à celle de l'iléus chirurgical pur.

Sur les 60 observations que nous avons réunies, nous relevons seulement 10 décès maternels répartis de la façon suivante :

Mécanisme de l'occlusion	Nombre de cas	Exitus	Causes
Volvulus	11	5	1 Choc. 1 Péritonite 1 Sphacèle 2 Indéterminés
Brides	14	3	1 Septicémie à coli. 1 Choc. 1 Indéterminé
Etranglement herniaire	2	—	
Iléus vrais ou présumés tels	6	—	
Iléus paralytiques . . .	8	—	
Iléus associés à pyélie	10	1	embolie
Tumeur	8	1	syndrome péritonéaltoxi infectieux.
Cause inconnue	1	—	
	60	10	

L'étude de cette statistique nous permet de constater :

1° Que la mortalité est de beaucoup inférieure à celle des travaux publiés jusqu'en 1926. Elle n'atteint que 17 %.

2° Que toutes les formes d'occlusion ne sont pas aussi graves les unes que les autres. Le pronostic est beaucoup plus sévère en cas de volvulus et de brides qu'en cas d'iléus vrais de la grossesse ou d'iléus paralytiques.

C'est la bénignité relative de ces formes propres à la grossesse qui contribue à abaisser la mortalité générale au-dessous de celle de l'iléus chirurgical.

Le sort de l'enfant est le suivant, d'après les 44 cas où l'occlusion s'est produite avant l'accouchement :

Issue non indiquée	9	
Morts	17	
Enfants vivants	18	soit une mortalité de 48,5 %
	<u>44</u>	

qui se répartit comme suit :

	Nombre de cas	Issue inconnue	Avortements Mort de la mère	Accouchements prématurés
Avant le 7 ^e mois	14	4	7	1
Postérieurs au 7 ^e mois (travail et accouchement inclus)	30	5	»	10 (6 morts)
		Accouchement à terme	Accouchement provoqué accéléré ou césarienne	
Avant le 7 ^e mois		2	»	
Postérieurs au 7 ^e mois (travail et accouchement inclus)		3	15 (4 morts)	

Les causes de la mort ne sont pas les mêmes dans tous les cas.

Avant le septième mois, l'avortement ou la mort maternelle sont à l'origine des 7 décès enregistrés.

Après le septième mois, on relève 6 accouchements prématurés d'enfant mort. La syphilis est certainement la cause de l'un d'eux (antécédents, enfant macéré, syphilome) ; dans un autre cas, son rôle est discutable.

Il semble que l'on puisse rendre responsable des quatre autres décès l'intoxication maternelle consécutive aux accidents d'occlusion.

Dans un cas de Mickulicz-Radecki, l'enfant extrait par césarienne mourut quelques jours plus tard de méningite à coli. L'intervention avait été décidée par une occlusion coexistant avec des troubles pyélitiques.

Les autres morts sont dues à la prématurité ou aux manœuvres obstétricales.

Traitement

Il n'existe pas à proprement parler de traitement prophylactique; cependant la mise en œuvre de certaines mesures est capable de réduire les risques d'occlusion.

Les unes s'adressent aux facteurs d'iléus créés par la gravido-puerpéralité; les autres aux facteurs préexistants.

L'usage de laxatifs légers est une sage précaution; à leur rôle mécanique s'ajoutent des propriétés antitoxiques qui ne sont pas sans valeur.

Au cours des interventions abdominales, le chirurgien peut diminuer la fréquence des adhérences et des brides par les soins apportés à la technique opératoire; péritonisations minutieuses, réparation soigneuse des brèches péritonéales, utilisation judicieuse des greffes épiloïques.

Eventuellement il fixera les anses trop mobiles, ou fera la cure des malformations intestinales.

Des auteurs ont proposé la recherche systématique des malformations coliques au début de la grossesse chez les femmes très constipées. En plus des difficultés d'ordre pratique que présente une telle méthode, la décision opératoire se heurtera le plus souvent au refus des femmes qui invoqueront et la grossesse et l'absence de troubles marqués.

TRAITEMENT MÉDICAL

Un certain nombre de moyens médicaux a été opposé avec succès aux phénomènes d'occlusion.

Les grands lavements ont amené parfois avec une débâcle considérable le rétablissement du transit intestinal. Mais il ne faudra pas fonder sur eux de trop grands espoirs. « Le fait que des lavements ramènent des matières est sans intérêt; seule l'émission abondante de gaz par l'anus permet de dire que l'occlusion est levée » (Vignes).

Le lavement électrique compte des succès à son actif, mais il n'est pas exempt de tout danger et, de plus, risque de provoquer l'accouchement.

Les lavements de bile (50 à 100 gr. d'extrait sec pour 400 cc. d'eau), *les extraits hypophysaires, l'ésérine, le sérum salé hypertonique*, rectal ou intraveineux, sont d'excellent stimulants du péristaltisme.

La nicotinisaton du ganglion cœliaque a été proposée pour supprimer l'action inhibitrice du splanchnique.

La rachianesthésie agissant par un mécanisme identique, d'une technique plus maniable, donne des résultats intéressants.

La position génu-pectorale, le décubitus ventral (position de Schrintzler), ont levé l'occlusion dans certains cas où elle était due à la compression par l'utérus gravide ou par des tumeurs. Dans l'observation LVI, il s'agissait d'une femme dont les annexes chroni-

quement enflammés, avec de gros processus plastiques, constituaient une véritable tumeur dure à surface tomenteuse, plus ou moins adhérente à l'utérus. Cette masse, sous l'influence de la croissance utérine, avait libéré le Douglas. Une anse colique, descendue dans le cul de sac, s'était trouvée pincée entre la masse annexielle et la masse pelvienne. Le décubitus ventral fit basculer en avant l'utérus, entraînant les annexes, et permit à l'intestin de se soustraire au pincement.

La vessie de glace rend des services dans les iléus paralytiques consécutifs à des phénomènes péritonéaux inflammatoires.

Mais il faut se rappeler qu'en matière d'occlusion, la gravité du pronostic est avant tout fonction du temps.

« Les moyens médicaux seront mis en œuvre seulement si les symptômes ne sont pas inquiétants et ils seront abandonnés s'ils ne donnent pas un résultat rapide et net. Au demeurant, quand l'occlusion est manifeste, il faut agir sans perdre de temps. Les solutions chirurgicales s'imposent. » (Vignes)

Alors même il convient de réserver une place importante à la thérapeutique salée qui, en rétablissant l'équilibre humoral et par son action antitoxique générale, reste dans tous les cas un adjuvant chirurgical précieux.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

En l'absence de diagnostic étiologique précis, il ne faut recourir à l'anus contre nature qu'in-extremis,

quand on a laissé passer l'heure et que la situation est par trop grave.

On a la chance d'un dénouement heureux quand l'iléus est la conséquence d'une obstruction ou d'une compression; mais en cas de strangulation, l'intervention n'empêche pas l'évolution fatale vers la gangrène.

Les dangers d'une laparotomie exploratrice au cours de la grossesse ne sont pas tellement grands pour qu'on hésite à en faire une inutile de temps à autre, au lieu d'intervenir trop tardivement et de perdre ainsi des malades qu'on aurait pu sauver.

Le premier temps de l'acte opératoire consiste en une laparotomie médiane sous-ombilicale, élargie au besoin, qui permet de dresser, intestin en main, le bilan pathogénique de l'iléus. La conduite opératoire reste identique à celle des occlusions chirurgicales pures. Il faut, dit Pinard, aller méthodiquement jusqu'au bout, quelles que soient les apparences.

S'il existe un obstacle, il doit être traité suivant les manœuvres qu'il comporte : détorsion des volvulus; section des brides; réduction de l'anse étranglée; ablation des tumeurs.

En général on réduit l'intervention à sa plus simple expression : détorsion simple d'un volvulus, en se réservant de procéder après la grossesse à la cure radicale. Si cette méthode n'exclut pas la possibilité des récidives (Obs. V, VI), elle présente par contre l'avantage d'être infiniment moins traumatisante.

Cependant, la réintégration de l'intestin distendu

semble avoir ajouté au choc opératoire et entraîné l'issue fatale dans l'obs. n° VIII de MM. Hamant et Vermelin. Ces auteurs se demandent s'il n'eût pas mieux valu suivre la conduite opératoire intestinale sans tenir compte de la gestation — extériorisation et secondairement colectomie — dont ils s'étaient écartés en raison de la proximité de l'accouchement et de la possibilité d'un déclenchement prématuré du travail.

L'atteinte de la vitalité d'un segment intestinal commande impérieusement la résection (Obs. XIX). La réintégration d'une anse suspecte dans le ventre est une chose des plus risquées. N'importe quelle opération est préférable à l'aléa du sphacèle intestinal.

La présence de l'utérus gravide ajoute à la technique opératoire des difficultés parfois très grandes ;

Sans épouser entièrement la façon de penser par trop absolue de Noble, qui préconisait l'hystérectomie abdominale totale ou supravaginale comme premier temps de l'intervention, il faut cependant s'y résoudre de temps à autre ou procéder à l'évacuation de l'utérus dans certains cas.

La section césarienne au cours de la laparotomie présente certes des avantages pratiques, mais elle n'est pas à l'abri de tous reproches : « Quant à la césarienne, en connaissant l'extrême gravité en pareil cas, nous y avons renoncé d'emblée » (Hamt et Vermelin).

L'évacuation de l'utérus avant l'intervention ne semble pas donner non plus des résultats très favorables

comme en témoigne l'obs. XXI de MM. Larget et Courtois : L'accouchement fut provoqué pour permettre l'intervention. Terminé par une prise de forceps sur une tête mobile au détroit supérieur, il fut immédiatement suivi de la laparotomie. Malgré la courte durée de ces deux interventions (50 minutes) il s'ensuivit un *état de choc extrêmement grave* et la femme mourut 50 heures plus tard de septicémie colibacillaire.

Il semble préférable, toutes les fois que l'obstacle n'est pas reconnu ou levé facilement, de pratiquer un anus contre-nature quitte à lever l'obstacle plus tard, quand la malade aura terminé sa fausse couche ou son accouchement (Gauchery).

L'anus cæcal est le traitement idéal de cette variété d'occlusion produite par le ligament infundibulo pelvien. Sa technique a été décrite en détail par Vautrin. Il doit être établi non « pas avec une large brèche mais au contraire avec une ouverture discrète pour où filtreront les liquides et les gaz que contient l'ampoule rectale... Il importe de bien border cette ouverture pariétale, de bien serrer la boutonnière musculaire pour préparer sa prochaine fermeture spontanée. En agissant sur le cæcum qui s'offre à une opération facile, on restreint dans une proportion énorme l'offense au péritoine et à l'intestin. »

Enfin, dans l'iléus vrai du post-partum, on peut être amené à fixer l'utérus en avant par un Doleris.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

C'est évidemment le traitement de choix des occlusions qui reconnaissent une cause gravidopuerpérale, mais il ne saurait être employé sans la certitude d'une telle pathogénie, qu'il est rarement possible d'avoir en dehors d'une laparotomie.

La provocation ou l'accélération de l'accouchement ont pu donner des résultats favorables en dehors de ces cas (Obs. XVI), en rompant ou en détendant une bride, mais il ne faut pas trop compter sur de telles éventualités.

L'accouchement provoqué lent, opposé à l'extraction brutale et chocante type Delmas, est alors la méthode de choix.

La question de savoir si le traitement chirurgical doit être suivi ou non du traitement obstétrical reste discutée. Dans l'obs. XVIII de MM. Vermelin et Chalnot, l'évacuation de l'utérus, après les constatations opératoire, semblait logique. Le travail déjà amorcé fut provoqué par la mise en place d'une sonde semi-rigide. Malgré la simplicité de l'intervention obstétricale et la rapidité du travail, l'état général de la malade s'altéra après l'extraction simple au forceps d'un enfant de 1.830 grammes et la mort survint en quelques heures.

La mort fut-elle la conséquence du choc obstétrical surajouté au choc opératoire ou d'une stercorhémie

brutale? Il est difficile de le dire; mais elle paraît bien en rapport avec la provocation de l'accouchement.

Si malgré tout, le traitement obstétrical s'impose, il semble utile, pour ne pas faire subir à la malade déjà choquée un nouveau choc dont les conséquences peuvent être des plus fâcheuses, de différer le plus possible l'intervention; c'est dans le même esprit qu'on s'efforcera d'éviter ou d'entraver le travail commencé chez une femme récemment opérée.

Conclusions

I. L'occlusion intestinale est une complication rare de la grossesse;

II. Les modifications anatomo-physiologiques apportées à l'organisme par la gravidopuerpéralité constituent un terrain particulier caractérisé :

1° Par des modifications du volume utérin;

2° Par une atonie de l'intestin et des organes pelviens si fréquente qu'elle peut être considérée comme physiologique;

3° Par le développement de la vascularisation abdominale qui explique la gravité et la rapidité des complications;

III. Elles sont responsables de certaines catégories d'occlusions propres à cet état : les occlusions gravidiques. Celles-ci sont dues :

Soit à la compression de l'intestin par l'utérus gravide ou puerpéral;

Soit à une striction ou à une coudure du sigmoïde par le ligament infundibulo pelvien;

Soit encore à une exagération de l'atonie intestinale

d'origine réflexe ou toxique à laquelle le colibacille semble prendre très souvent une part importante.

IV. La croissance de l'utérus gravide au cours de la gestation et son involution rapide de la période puerpérale sont les éléments déterminants de l'occlusion, dont la fréquence augmente avec la rapidité et l'importance de ces variations. Ils agissent à la faveur de causes prédisposantes congénitales ou acquises.

V. La gêne apportée aux examens cliniques et radiologiques par l'utérus gravide; l'existence fréquente d'une constipation opiniâtre, rendent le diagnostic plus délicat et contribuent à retarder l'heure de l'intervention.

VI. La gravité de toutes les formes d'occlusion n'est pas égale; considérable en cas de volvulus et de brides, elle est beaucoup moindre dans les occlusions gravidiques pures. La mortalité générale est de ce fait inférieure à celle de l'iléus chirurgical pur.

VII. Le pronostic fœtal est sombre. La mort survient dans plus de la moitié des cas par avortement ou accouchement prématuré.

VIII. Comme en dehors de la période gravidopuerpérale, le diagnostic étiologique est rarement possible. Certaines formes sont justiciables du traitement médical; mais en l'absence de certitude, le traitement chirurgical doit être mis en œuvre le plus rapidement possible.

IX. La laparotomie permet de faire le bilan exact

des lésions et de poser sans discussion possible l'indication thérapeutique de choix :

Suppression de l'obstacle quand il en existe un ;

Anus contre nature en l'absence de mécanisme apparent ;

Evacuation de l'utérus si la grossesse est reconnue responsable.

Vu :
Nancy, le 16 mars 1939.
Le Président de Thèse :
FRUHINSHOLZ.

Vu et approuvé :
Nancy, le 17 mars 1939,
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 18 mars 1939,
Le Recteur de l'Académie :
L. BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.

Bibliographie

- ABRAHAMSON. — *Zbl. f. Gyn.* (1925, p. 2476).
- AIMES (A.). — La parésie intestinale post-opératoire (*Progrès Médical*, 3 sept. 1927).
- ALTGOVSEN. — O. I. au cours d'une grossesse ectopique (*Vestnik. Chirurg. imeni. Grekova.*, t. I, v. n° 1, 1938).
- ALVAREZ (W.-C.) et KIYOSKI (Hovi). — Reversed gradients in the bowels of pregnant animals (*Amer. Journal Obst. et Gyn.*, janv. 1930, p. 35).
- ASTERIADES. — Traitement de l'iléus post-opératoire aigu spasmodique par la simple rachianesthésie (*Gyn. si. Obstretica*, t. XII, n° 5-6, janv.-mars 1938).
- BALARD et DENIS. — Société d'Obstr. et Gyn. de Bordeaux (séance du 24 mai 1927).
- BANZET. — Volvulus du côlon pelvien chez une femme enceinte de 8 mois (*Société de Chirurgie*, 7 mars 1934).
- *BEMIS. — O. I. in pregnancy (*Am. Journ. Obst. and Gyn.*, septembre 1932).
- BERGER (A.). — Iléus paralytique du PP. (Thèse Montpellier, 1929-30, I, I.).
- BERNARD (R.). — Le drainage du grêle dans les iléus paralytiques et dans les occlusions (*Rev. de Chirurg.*, 1933, t. 71, p. 606).
- *BERNARD. — Brisé d'occl. int. au cours de la grossesse (*Journ. des S. Méd. de Lille*, 29 janv. 1933).
- *BISCHOFF-PINKERTON. — Late pregnancy complicated by: int. obs. due to opening in mesentery (*Am. Journ. Obst. et Gyn.* T. XXXIII, avril 1937, p. 675).
- BLOCH (J.-Ch.) et RICHARD-KOHN. — Gestation compliquée de phlébite et d'O. I. aiguë par volvulus du côlon pelvien (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, t. XX, p. 383).
- BOHLER (E.). — O. I. pendant la grossesse (*Revue fce. de Gyn. et d'Obst.*, 1931, t. XXVI, p. 17).
- BOTTIN (J.). — Influence des injections intraveineuses de citrate de sodium à 20 % sur les accidents d'obstruction intestinale post opératoire (*Presse Méd.*, 17 janv. 1934, t. XLII, page 87-89).
- Essai d'étude critique de l'obstruction intestinale (*Revue de Chir.*, 1932, t. 70, p. 5).

- BROUHA. — O. I. pendant la grossesse à la suite de gastroentérostomie (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1937, page 542).
- BINDER et WOLF. — Calculs stercoraux cause d'O. I. (*Polaka Gazeta Lekarska*, vol. 17, n° 31, 31 juillet 1938).
- *CASAGRANDE (J.). — Int. Obst. Complicating pregnancy (*Am. Journ. Obst. et Gyn.*, XXIX, avril 1935, p. 591).
- CHAUMONT. — Etiologie des O. I. (Paris, 1925).
- *CHARBONNET (S.-N.). — Full term pregnancy complicated by acute int. obst. and False labor pains (*Am. Journ. Obs. et Gyn.*, t. XXXII, p. 1058, déc. 1938).
- COMMANDEUR et EFARVIER. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* (Paris, n° 8, 1921, p. 646).
- CONSTANTIN (D.). — Occlusion et puerpéralité (*Rev. prat. d'Obst. et de Péd.*, 1902).
- CORNELL. — E. C. Surg. blin. N. A. (XII, 1932, p. 1253).
- COURTOIS. — Formes cliniques des colibacilloses obst. (*Rev. Patho. comparée et Hyg. générale*, t. XXXIV, novembre 1934, p. 1602).
- Toxémies gravidiques et néphrites (*La Gynécologie*, t. XXXIV, novembre 1935).
- Psychoses puerpérales (*J. des Praticiens*, avril 1937, p. 276).
- *Journal des Praticiens* (2 juillet 1938, p. 437).
- * — Occlusion et grossesse (*J. des Praticiens*, 18 juin 1938).
- CURAT (R.-J.) et LASALA (A.-J.). — Appendicite aiguë et grossesse. Péritonite généralisée post-partum. Obstruction intest. post-opératoire. Guérison (*Semana med.*, 9 avril 1931, t. I, p. 994-996).
- DAVEO et COSTE (R.-M.). — O. I. en fin de gestation, guérison après évacuation utérine (*Soc. de Marseille*, 11 av. 33).
- DÉ GUCHTENERE. — Iléus paralytique du P.-Partum (*Société Belge de Gyn. et d'Obst.*, séance du 1^{er} déc. 1929).
- DELAGE. — Valeur et signification du diagnostic de l'épanchement séro-hématique intra-péritonéal de l'O. I. (*Paris-Lyon*).
- DELÔRE (X.) et BISCH (A.). — A propos du traitement du volvulus du côlon pelvien chez l'adulte (*Revue de Chir.*, t. 70, 1932, p. 775).
- DEMBOWKA. — O. I. pendant les suites de couches (*Société Gyn. de Varsovie*, 9 déc. 1921).
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur* (1924).

- DIETRICH. — Ileus während des Schwangenschaft (*Zentralblatt f. Gyn.*, 1932, n° 51, p. 3052).
- DIGONNET et VERNE. — O. I. aiguë du P.-P. par coudure de l'angle splénique du côlon (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 9 novembre 1936, t. XXV, p. 644).
- DONALD. — Volvulus du gros intestin (*British Journ. of Surgery*, 1927, n° 58, p. 269).
- *ELIASON et ERB. — O. I. complicant the gross. (*Saint-Louis; Journal de Chirurgie*, t. I, n° 1, juillet 1937).
- ESNOUX. — Le NaCl dans l'O. I. (Pars 1930, n° 252).
- *ESTIENNY (E.). — O. I. et grossesse (*Soc. de Toulouse*, séance du 17 novembre 1935 : *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1936, p. 181).
- FAVREAU-BLEIN et BATTEUR. — Obst. (*Soc. de Gyn. et Obs. de Paris*, 1933, t. XXII, p. 543).
- FORGUE. — *Presse Médicale* (10 janv. 1920).
- *FRONTICELLI (E.). — O. I. in puerperio (*Clin. Ost.*, XXXVI, avril 1934, p. 239).
- GAUCHERY. — Etude sur les O. I. pendant la puerpéralité (*Thèse*, Paris 1902).
- GERMAIN (J.-A.P.-A.-F.). — O. I. dans les fibromes de l'utérus (*Thèse*, Bordeaux 1934, n° 152).
- GINGLINGER. — Pseudo iléus puerpéral (*La Gyn.*, 1934, tome XXXIII, p. 270).
- Un cas d'infarctus au 8° mois (confusion avec Occ. I.) (*Gyn. et Obst.*, 1934, I, p. 538).
- GUIBE-LAMBERT. — Volvulus de l'S. iliaque au cours de la grossesse (*Année Médicale de Caen et de Basse-Normandie*, juillet 1931).
- GUTHMANN (H.) et STAELHER (Fritz). — Die Lage und Funktionsänderungen des gesunden Verdauungskanals am Ende der Schwangerschaft (*Zentralblatt f. Gyn.*, t. LVII, n° 9, 28 janvier 1933).
- HABERLAND (H.-F.-O.). — Traitement de l'iléus post-opératoire (Conf. faite à la réunion des chirurgiens du Bas-Rhin Westphaliens, 25 janvier 1930, Dusseldorf).
- HALTER (Gust.). — Beitrag zum Schwangerschaft ileus (*Wiener Kleinsche Wochenschrift*, t. XLIX, n° 24, 12 juin 1931, p. 762).
- *HAVLASEK. — I. O. in pregnancy (*Casop. lek. cesk.*, LVIII, novembre 1934, p. 1312).

HAMANT et VERMELIN. — Volvulus du mégacolon au 8^e mois de la gestation (*Rev. Obst. et Gyn. de Nancy*, 17 novembre 1937).

HELLEND AHL. — *Zbl. Gynäk.* (1931, p. 761).

HILGENBERG. — Iléus au cours d'une pyélite gravidique (*Zbl. Gynäk.* (1929, 1459).

HARRENB ERGER (R.). — Grossesse extra utérine du 5^e mois avec syndrome d'iléus (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, S. du 5 novembre 1928).

HUSSY (P.). — Iléus de la grossesse (*Helvét. Med. Acta.*, fév. 1937, t. IV, 48-51).

IOFFI (T.). — (Karkov) Iléus et grossesse (*Gynecologia i Accoucheurstvo*, n° 4, juillet-août 1933, p. 72-74).

JACOBI. — Radiographie des voies urinaires au cours et après la grossesse (*Zbl. Gynäk.*, 1932, p. 1682).

JAROSCHKA (Karl). — Ueber Schwangerschafts-ileus (*Medizinische Zlinik*, t. XXVIII, n° 35, 31 août 1932).

KELLER. — Iléus et pseudo iléus pendant la grossesse (*Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, t. XIII, p. 474).

KELLER et BOHLER. — Occl. int. du P.-P. (*Soc. d'Obst. Gyn. de Strasbourg*, 10 juin 1933).

KLEIN. — *Zbl. Gynäk.* (1929, p. 2531).

*KUX (E.). — O. haute du grêle, complication de la gastro entérost. retro colique pendant la grossesse (*Beitz Z. Klin. Chir.*, 1937, t. 166, p. 28-31).

LAFFONT et CALLEJA. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger* (séance du 13 février 1932).

LAMBERT (A.-C.). — Volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse (*Thèse*, Paris 1931).

LAZARD. — *Am. Journ. Obst. et Gyn.* (XXVI, 1933).

LAZARESCU (G.) et ANDREONI (C.). — O. I. aiguë consécutive à un drainage sus-pubien pour grossesse extra rompue.

LEFEVRE. — O. I. par utérus rétroversé et enclavé (*Soc. de Méd. de Bordeaux*, 30 avril 1930).

LEHMANN. — *Z. Geburtsch.* (1929, p. 425).

LEITNER. — Iléus uns Schwangerschaft (Inaugural dissertation, Leipzig, 1927).

LIEBMANN (St.). — Ileus im Wochenbett (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 52, 23-12-32).

- LIEHMANN. — Ileus in Wochenbett (*Deutsche Med. Wochenschrift*, t. XVIII, n° 52, 23, décembre 1932).
- LUCKS. — *Mschr. Geburtsch.* (t. LXXII, p. 270).
- LUDWIG. — Ileus bei Schangerschaft geburt und Wochenbett (*Zeitschrift f. Geburts. und Gyn.*, 1914, t. LXXV, p. 324).
- MADON et GUIBAL. — O. I. du PP. (*Société des Sciences Médicales et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, séance du 13 janvier 1924).
- MALFATTI. — Zur Frage des Schwangerschaftileus (*Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1926, vol. LXXII, cahier 12).
- MAROGER. — Thèse (Paris 1933, n° 427, t. XLIII).
- MÁSCARO Y PORCAR, L. GUBEIN. — Iléus et grossesse (*Salisache, Revista española de Obstetrica i Gynecologia*, juillet 1934, p. 245-249).
- MASMONTEIL. — O. I. post-opératoires (*Revue de Chirurgie*, octobre 1938, p. 603-630).
- MATRY. — Volvulus du côlon pelvien pendant la gestation (*Société de Chirurgie*, 10 octobre 1930, tome 56, n° 33, p. 1418-1422).
- MAZET. — O. I. par les fibromyomes de l'utérus (Thèse, Bordeaux, 1907).
- MICHAELIS (L.). — Schwangerschaftileus und Pyelitis (*Zentr. f. Gyn.*, tome LVII, n° 18, 6 mai 1933).
- MIKULICZ-RADECKI. — Ileus und gravidität (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1926, p. 1352).
- MOIROUD. — *Progrès Médical* (n° 38, 29 août 1931).
- MONDOR (H.). — Diagnostic urgents (Masson, 1933, p. 750).
- MOULONGUET (P.). — La radiographie dans l'O. I. aiguë (*Cahiers de Radiologie*, 1938).
- NÜNSBERGER. — *Zbl. f. Gyn.* (1925, p. 126).
- OKINCZYK. — *B. et Mém. de la Soc. de Chir.* (22 fév. 1922).
- PACI. — *Gynäk.* (XIV, 1928, p. 590).
- PACCI (G.). — Un cas d'occl. int. pendant la grossesse (*Revue Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1930, t. XXV).
- *PASTIELS et R. STRAETMANS. — O. I. aiguë et grossesse (Sté Belge de Gyn. et Obst., séance du 9 novembre 1935).
- PAUCOT. — Placenta proevia. Occlusion par bride au moment du travail. Césarienne (Réunion Obst. de Lille, 23 février 1927 : *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1927, t. XVI).

- PERALTA RAMOS (A.) et ROTH (Ad.). — L'iléus paralytique au cours de la grossesse comme manifestation de toxémie.
- PERY et MAUGE. — Césarienne basse pour présentation de l'épaule négligée. — O. I. secondaire au 8^e jour (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, séance du 26 janvier).
- PLACINTEANU (G.). — Quelques considérations sur l'O. I. et l'appendicite pendant la gravidité (*Gynecologie si Obstetrica*, n° 9, 10 décembre 1923).
- RADAËL. — Volvulus du gros intestin (*Annale di Ostetrica e Ginecologia*, 1928, septembre).
- RAMOS und ROTH. — *Zbl. Gynäk.* (1932, t. 12).
- REEB. — O. I. chronique par étranglement du côlon pelvien et grossesse du 5^e mois (séance du 4 novembre 1922: *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*).
- *REISS (R.-A.). — I. O.: Complicated by pregnancy at term (*Am. J. Obst. et Gyn.* t. XXXIV, déc. 1937, p. 1038).
- RENAN. — Le syndrome d'O. I. dans ses rapports avec la gestation, le travail et les suites de couches (*Thèse*, Paris 1921, t. XXIX).
- RUPP. — *Zbl. Gyn.* (1929, p. 1558).
- *SABOURIN, LAENNEC et MAROGER. — Le volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse (*Gaz. Médic. de France*, 1^{er} juin 1937).
- SEITZ. — Pyélite au cours et en dehors de la grossesse (*Münch. Med. Nshr.*, 1930, p. 1137).
- SENCERT. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* (fév. 1922).
- SENNEWALD. — Iléus gravidique et pyélite (*Zentralbl. f. Gyn.*, 5 octobre 1929, p. 2535).
- *Zentralbl. f. Gyn.* (1928, p. 2364).
- SCHOFFER et KELLER. — Torsion de l'épiploon pendant la grossesse (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. Paris*, 1923, p. 441).
- *SCHMITH. — O. I. par retroversion total de utero gravido (*Cron. med. quir de la Habana*, t. LX, aug. 1934, p. 298).
- SPEHLING. — Les phénomènes mécaniques de l'O. I. simple de l'intestin (*Archiv. of Surgery*, vol. 36, n° 5, mai 1938).
- STEINITZ. — *Med. Welt.* (1932, p. 1681).
- STOECKEL. — Lehrbuch der Geburtshilfe (*Zibl. Gyn.*, 1929, p. 1462).
- STORK. — *Monatschr. f. Geburst. Gyn.* (1925, p. 69).
- Iléus gravidique (*Med. Welt*, 1929, t. III, p. 363).

- STUDDIFORD. — Anesthésie spinale dans le traitement de l'iléus paralytique (*Surg. Gyn. and Obst.*, t. XLVII, 1928, p. 863-5).
- SZAMETZ. — Iléus au cours de la grossesse (*Münch. Med. Wochenschr.*, 1926, p. 2128).
- TARTE. — De l'occlusion intestinale chez la femme enceinte (*Thèse*, Nancy 1922).
- TOURNEUX (J.-P.) et LASSERRE. — Occlusion int. par atonie du côlon iléo pelvien chez parturiente de 7^e mois (*Revue Franç. d'Obst. et Gyn.*, 1936, t. XXXI, p. 651).
- TROPÉA. — Iléus dans la grossesse (*Clinica ostetrica*, octobre 1937, t. XXXIX, p. 549-556).
- VALLETTE (P.) et R. DE VERMEJOUL. — Un cas d'O. I. au cours de la grossesse (*Le Sud Méd. et Chir.*, 15 mars 1934, p. 1070).
- VAN DERZYPEN. — Les obst. intestinales d'origine gynécologiques (*Bruxelles Méd.*, n° 17, 23 fév. 1936).
- VAN VERTS et R. PALLIEZ. — Volvulus de l'intestin grêle chez une femme enceinte de 5 mois (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1936, t. XXV, p. 141).
- VAUTRIN. — O. I. pendant la grossesse (*Soc. Obst. et de Gyn. de Nancy*, 15 mars 1922).
- L'O. I. de la gestation (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1922, t. XI, p. 202).
- VAYSSIÈRE, SALMON, RASTIT. — Volvulus du cœcum en fin de grossesse (*Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Marseille*, n° 8, octobre 1935).
- VERGEZ. — Contribution à l'étude des O. I. en rapport avec la grossesse et le travail (*Thèse*, Paris 1901).
- *VERMELIN, CHALNOT et J. LOUYOT. — O. I. en cours de grossesse (Réunion Obst. et Gyn. de Nancy, 20 mai 1936).
- *VERMELIN, ROTHAN, RICHON. — O. I. au cours du 5^e mois de la grossesse (Réunion obst. et Gyn. de Nancy, 17 novembre 1937).
- VERNEJOUL (DE). — O. I. par volvulus du grêle au cours de la grossesse (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, juillet 1934, p. 303).
- VIELHAUER. — Radiogr. dans l'O. I. (*Zentralbl. f. Chir.*, n° 23, juin 1938).

VIGNES. — Physiologie obstétricale (1923, p. 213).

— Le système nerveux végétatif et la gestation (*La Médecine*, sept. 1926, p. 924).

— Maladies des femmes enceintes (t. I, p. 157, 158, 261, 285).

WESTMANN (A.). — A case of. volvulus occuring in Pregnancy (*Acta Obstetrica et Gynecologie Scandinava*, 1928, t. VII, p. 114-117).

NOTA. — Les renseignements précédés d'un astérisque nous ont été gracieusement fournis par les Fichiers du *Monde Médical*, 42, rue du Dr.-Banche, Paris.
